

LE TRAITEMENT DE L'ANUS CONTRE NATURE ET DES FISTULES STERCORALES

PAR

L'ENTÉRORRAPHIE LATÉRALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 14 mai 1908 à 1 heure

PAR

L. FRANCOZ

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Président	M. QUENU, professeur.
Juges.	MM. BAR, professeur.
	AUVRAY, agrégé.
	DEMELIN, agrégé.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

G. JACQUES, ÉDITEUR

14, RUE HAUTEFEUILLE, 14

1908

LE TRAITEMENT DE L'ANUS CONTRE NATURE
ET DES FISTULES STERCORALES
PAR
L'ENTÉRORRAPHIE LATÉRALE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen Professeurs		M. LANDOUZY MM
Anatomie		NICOLAS
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et chimie minérale		A. GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD
Pathologie médicale		DEJERINE
		BRISSAUD
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL
Histologie		PRENANT
Opérations et appareils		QUENU
Pharmacologie et matière médicale		G. POUCHET
Thérapeutique		GILBERT
Hygiène		CHANTEMESSE
Médecine légale		THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie		Gilbert BALLEST
Pathologie comparée et expérimentale		ROGER
		DEBOVE
Clinique médicale		LANDOUZY
		HAYEM
		DIEULAFOY
Clinique des maladies des enfants		HUTINEL
Clinique des maladies syphilitiques		GAUCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		
Clinique des maladies du système nerveux		JOFFROY
		RAYMOND
		LE DENTU
Clinique chirurgicale		SEGOND
		BERGER
		RECLUS
Clinique ophthalmologique		DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires		ALBARRAN
Clinique d'accouchements		PINARD
		BAR
Clinique gynécologique		POZZI
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON
Clinique thérapeutique		ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.	COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGREY	POTOCKI
BEZANCON	DUVAL	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LÉPER	RENON
BROCA ANDRÉ	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BBUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL, chef
CARNOT	JEANSELME	MARION	des trav. anat.
CASTAIGNE	JOUSSET	MORESTIN	SICARD
CLAUDE	LABBÉ	MULON	ZIMMERN

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL, agrégé

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

LE TRAITEMENT DE L'ANUS CONTRE NATURE ET DES FISTULES STERCORALES

PAR
L'ENTÉRORRAPHIE LATÉRALE

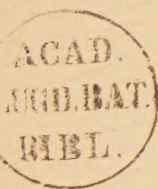
THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 14 mai 1908 à 1 heure

PAR

L. FRANCOZ

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris



Président

M. QUENU, professeur.

Juges.

MM. BAR, professeur.

AUVRAY, agrégé.

DEMLIN, agrégé.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS
G. JACQUES, ÉDITEUR
14, RUE HAUTEFEUILLE, 14

1908

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR QUÉNU

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

INTRODUCTION

Malgré les nombreuses recherches dont il a déjà été l'objet, le traitement de l'anús contre-nature reste toujours un sujet d'actualité. Les multiples méthodes que l'on a proposées ont toutes, il est vrai, permis d'obtenir des guérisons parfaites, mais il n'en est pas une seule qui n'ait pas aussi donné des échecs, même aux chirurgiens les plus adroits, même à leurs auteurs. Tantôt trop timorées, elles exposent par leur insuffisance à des récidives sans fin. Tantôt trop hardies, elles peuvent être dangereuses pour la vie du malade.

C'est pourquoi il nous a paru intéressant d'exposer ici la technique personnelle de notre maître M. le professeur Quénu, que celui-ci a bien voulu nous autoriser à publier ici, ce dont nous lui exprimons toute notre reconnaissance. Simple et rationnelle, cette méthode constitue une véritable cure radicale de l'anús contre-nature. Elle a le grand mérite de ne jamais exposer la vie du malade, et d'autre part, les succès constants que nous avons vu obtenir grâce à elle, sont le meilleur éloge que l'on puisse faire de sa perfection.

Disons dès maintenant que nous n'avons pas cru pouvoir établir une distinction entre l'anús contre-nature proprement dit et la fistule stercorale. Il n'y a pas en effet entre ces deux formes de différence de nature, mais une simple différence de degré : entre la fistulette par où s'échappe de temps à autre un gaz et l'anús contre-nature qui laisse écouler la totalité des matières fécales, on peut observer tous les intermédiaires. Il n'y a de différence que dans le fonctionnement de l'orifice : « Lorsque par suite des conditions anatomiques de l'intestin et de la fistule, tout le con-

tenu intestinal sort par les parois de l'abdomen au lieu d'être évacué par les voies naturelles, il est d'usage de donner à la fistule présentant ces caractères le nom d'anús contre-nature ; si une partie seulement du contenu de l'intestin s'écoule au dehors, on l'appelle fistule stercorale » (König).

D'autre part, nous n'aurons en vue dans cette étude que les abouchements anormaux, accidentels ou acquis, de l'intestin à la paroi abdominale. Nous ne nous occuperons pas des fistules intestinales ou des anus contre-nature congénitaux (bien que le même traitement leur soit souvent applicable) ; et nous n'envisagerons pas non plus le traitement des fistules intestino-viscérales, même lorsque ces dernières s'ouvrent secondairement à la peau. Ce sont là des affections fort différentes, par leur symptomatologie, leur étiologie et leur traitement, de celles qui nous occupent.

Passer rapidement en revue les divers procédés thérapeutiques qui ont été proposés pour le traitement de l'anús contre-nature, étudier plus spécialement les méthodes qui ont été retenues par la chirurgie moderne avec leurs diverses indications, décrire enfin la technique personnelle de M. le Professeur Quénu, tel est le but que nous nous sommes efforcé d'atteindre dans cette étude.

HISTORIQUE

Les premières tentatives de traitement chirurgical de l'anus contre-nature ne datent que de la fin du XVIII^e siècle. Jusqu'à cette époque, quelques rares guérisons avaient été obtenues sous l'influence du décubitus horizontal prolongé, favorisées peut-être par le traitement purement médical auquel les chirurgiens soumettaient leurs malades : C'est ainsi que La Peyronie les condamnait à une diète sévère ; Louis, au contraire, leur donnait une nourriture copieuse dont les résidus volumineux et encombrants devaient élargir mécaniquement le calibre de l'intestin ; Sabatier et Pipelet, dans un but analogue, leur administraient des purgatifs, des « minoratifs » répétés.

Ce fut Desault qui, le premier (1791), sentit la nécessité de rétablir le cours normal des matières fécales en agissant directement sur l'obstacle qui s'y opposait, sur l'éperon. Sa méthode de traitement consistait à refouler l'éperon sans le détruire, au moyen de mèches dont une extrémité était engagée dans le bout intestinal supérieur, et l'autre extrémité dans le bout inférieur. La partie moyenne de la mèche, à cheval sur l'éperon et amarrée à l'extérieur par un fil, était comprimée par un tampon en forme de coin, maintenu lui-même au dehors par un bandage de corps. En augmentant progressivement le volume de la mèche, on obtenait peu à peu, à la place de l'éperon, une cavité s'ouvrant à l'extérieur par un orifice plus ou moins large, que Desault se bornait à obturer par des pansements compressifs, en attendant la cicatrisation spontanée du trajet anormal.

Cette méthode du refoulement de l'éperon a permis à Desault d'obtenir quelques guérisons ; mais il faut reconnaître qu'elle

avait de nombreux défauts : elle était incertaine, aveugle ; elle était douloureuse, l'intestin supportant mal la présence dans sa cavité de corps étrangers volumineux. La pression enfin ne s'exerçait pas seulement sur l'éperon mais aussi sur les deux bouts de l'intestin ; les adhérences péri-anales étaient tirillées et risquaient d'être déchirées.

Ces mêmes critiques peuvent être adressées aux divers perfectionnements de la méthode de Desault. Dupuytren remplaça la mèche par un croissant d'ivoire dont la concavité était appliquée sur l'éperon et sur lequel on exerçait une pression continue au moyen d'une tige métallique, fixée elle-même par des bandes enroulées autour du corps ; mais cet appareil provoquait des douleurs violentes, des nausées et des coliques ; il ne put être supporté par le malade. Une canule imaginée par Colombe, et appliquée par Velpeau (1877), perfora l'intestin et le malade mourut au bout de trois jours.

Toutefois, cette méthode eut au moins le mérite d'attirer l'attention des chirurgiens sur l'importance que présentait la suppression de l'éperon.

C'est Schmalkalden, dans sa thèse inaugurale (1798) qui, le premier, proposa la section de l'éperon au moyen d'un fil passé à sa base. Mais sa thèse, déjà introuvable au temps de Dupuytren, ne paraît pas avoir eu un grand retentissement auprès de ses contemporains. En 1809, Physick (de Philadelphie) chez un malade dont les deux bouts d'intestin étaient accolés en canon de fusil, après avoir assuré par une suture la solidité de l'éperon, y fit un trou, par où les matières reprirent leur cours naturel (1).

1. The sides of the intestine . . . were consolidated laterally . . . , like a double bared gun. In order to ensure this union, a ligature was passed through the intestine, and suffered to remain a week, keeping its sides in close contact, after which Dr Physick cut a hole in the side of the intestine where the two portions had thus united, and by stopping the external orifice, the faeces regained their natural route ; the external aperture was afterwards healed, etc. (J.-J. Dorsey, *Elements of Surgery*, t. II, p. 67. Philadelphia, 1813).

Mais ce n'étaient là que des tentatives isolées. Le véritable créateur de l'entérotomie fut Dupuytren. Après une série d'expériences sur l'animal, Dupuytren tenta en premier lieu de détruire l'éperon en le traversant à sa base d'abord par un fil puis par une série de mèches de volume progressivement croissant, agrandissant peu à peu l'orifice ; mais en voulant débrider aux ciseaux pour gagner du temps une incision fut faite au delà de la zone des adhérences ; le malade mourut de péritonite et Dupuytren abandonna cette méthode (1813).

Il fallait donc, pour éviter d'ouvrir le péritoine, créer avant toute chose des adhérences protectrices autour de l'intestin. L'instrument qu'inventa Dupuytren, l'entérotome, eut le double avantage de provoquer des adhérences et de détruire en même temps l'éperon. Il se compose de deux branches, démontables, s'articulant par leur milieu comme un forceps, et d'une vis de pression destinée à les maintenir serrées. La branche femelle présente une rainure dont le fond est ondulé, et dans laquelle est reçue la branche mâle, plus étroite, et munie d'ondulations correspondant à celles de la branche femelle. Après avoir exploré les deux bouts de l'intestin et reconnu leur direction, Dupuytren plaçait une branche dans chaque bout, articulait et serrait l'entérotome, avec assez de force pour supprimer toute circulation dans les tissus compris entre les mors de la pince. Il se formait ainsi une escharre qui se détachait au bout de huit ou dix jours, alors que des adhérences solides avaient déjà uni les deux feuillets péritonéaux et que les parois de l'intestin avaient eu le temps de se souder l'une à l'autre, et, par la brèche ainsi produite dans l'éperon, les matières se déversaient librement du bout supérieur dans le bout inférieur.

Telle est l'entérotomie de Dupuytren, opération qui devint classique, et fut pendant de longues années le procédé de traitement ordinaire de l'anus contre nature ; elle compté de nos jours encore quelques partisans. Son principe et sa technique générale n'ont pas changé, mais l'instrument, l'entérotome a subi quelques modifications. Sans vouloir entrer dans une énumération fastidieuse, nous nous bornerons à citer les principaux

modèles. Les uns, se rapprochant de celui de Dupuytren ont des branches qui se croisent, et qui, par conséquent, serrent davantage près de leur articulation qu'à leur extrémité : ce sont l'entérotome de Dupuytren, modèle de Thann, l'entérotome de Nélaton, les pinces entérotomes de Verneuil, construits par Collin, et de Chaput : ces instruments ne diffèrent entre eux que par des détails. L'entérotome de Laugier porte sur chaque branche une gouttière que l'on remplissait d'un caustique (pâte de Vienne) destiné à hâter le sphacèle des tissus compris entre les mors.

D'autres cherchent à comprimer également l'éperon dans toute la hauteur de la pince : ce sont les entérotomes à branches parallèles de Dupuytren, de Dupuytren-Blasius à fenêtre à la branche femelle, de Reybard, modèle Charrière, de Panas, de Richet, de Galante, de Bruns qui fait l'électrolyse.

Dès 1819, Liotard (thèse Paris) donne une excellente description d'un instrument « qu'on peut voir » chez un marchand d'instruments, et qui, sans qu'il le nomme, est un entérotome ; il décrit la technique opératoire et les résultats de l'entérotomie, et propose une modification à l'instrument, qui deviendrait une pince ayant à l'extrémité de chaque branche un anneau ovale de 18 lignes de longueur sur 9 de largeur. Un de ces anneaux aurait une cannelure, l'autre un bord saillant et mousse qui s'engagerait dans la cannelure. Les branches seraient introduites séparément puis articulées et fixées au moyen d'une vis. Le sphacèle de l'éperon ne se produirait qu'au niveau des anneaux ovales et c'est par là que se rétablirait le cours des matières, le reste des branches ne comprimant pas l'éperon.

Il est malheureusement impossible de savoir si Liotard a eu l'occasion d'appliquer l'instrument qu'il a inventé. L'opération qu'il propose est en somme une entéro-anastomose et son entérotome présente une certaine analogie par son mode d'action avec le bouton de Murphy.

Quoi qu'il en soit, il est bon de noter que cette thèse est antérieure de neuf ans à la magistrale communication de Dupuytren à l'Académie de médecine (1828).

Citons enfin, à côté de l'entérotome de Liotard, celui de

Delpech, plus compliqué, mais permettant la ligature, celui de Bourgery, à anneaux tournants, celui de Gross, celui de Sédillot, qui tous ont le même but : établir une communication, non plus linéaire, mais arrondie entre les deux bouts intestinaux, aussi loin que possible de l'orifice pariétal.

Plus tard, on en vint à remplacer l'entérotome par des pinces à formipressure ordinaires (Verneuil), ou à mors *chaussés* de caoutchouc (Koeberlé), par la pince à phimosis de Ricord (Desprès) Verneuil (1888) modifie la technique de l'entérotomie et ne place l'entérotomie qu'après avoir repéré et fixé l'éperon entre deux pinces, à l'aide desquelles il l'attire au dehors.

Tous ces entérotomes ont le grave défaut d'avoir une action lente et aveugle, pour ne citer que celui-là ; aussi essaya-t-on de bonne heure la section directe de l'éperon. En 1829 Jobert enlève l'entérotome après 48 heures seulement, comptant trouver déjà des adhérences péritonéales solides ; et il incise l'escharre au bistouri : l'incision alla trop loin et le malade mourut.

En 1838, Reybard, de Lyon, fait construire un entérotome dont les deux branches présentent sur toute leur longueur une fenêtre par laquelle on incise l'éperon lorsque l'entérotome est bien en place. L'idée paraît bonne, mais l'instrument étant trop étroit, ne fixait pas une assez grande surface d'intestin, et ce dernier pouvait glisser et fuir sous la pression.

En 1838, un chirurgien belge, Rayé, de Vilvorde, ayant à traiter un anus inguinal, consécutif à une hernie étranglée, après avoir dilaté les deux bouts d'intestin, taille dans l'éperon au moyen de deux coups de ciseaux courbes un grand lambeau en V à pointe profonde, sans suturer : le malade guérit en 17 jours.

C'est un procédé analogue qu'employa plus tard Richelot (1889) qui propose la section extemporanée de l'éperon, avec suture immédiate, bord à bord, de la plaie ainsi produite : ce moyen rapide et hardi a toutefois le grave inconvénient d'être employé dans un milieu aussi septique que la cavité intestinale.

Le rétablissement du cours normal des matières fécales est une condition nécessaire, et parfois suffisante pour guérir l'anus contre-nature ; mais le plus souvent, après l'entérotomie la plaie

n'a aucune tendance à la fermeture spontanée. L'anus n'est plus qu'une fistule, mais la fistule est intarissable. Aussi a-t-on de bonne heure essayé de fermer cet orifice, par les moyens les plus variés. Signalons les pansements spéciaux exerçant une compression sur l'orifice et les cautérisations du trajet, qui furent de tous les temps et qui n'ont rien perdu de leur valeur ; mais ce ne sont pas là à proprement parler des méthodes spéciales.

Sans vouloir suivre l'ordre chronologique de leur publication, nous pouvons grouper les divers procédés suivant qu'ils s'adressent :

1^o A l'orifice cutané.

2^o Au trajet fistuleux et à l'orifice cutané.

3^o A l'orifice intestinal, au trajet, et à l'orifice cutané.

Les deux premiers groupes comprennent des méthodes nombreuses qui n'ont plus aujourd'hui qu'un intérêt historique. Elles sont incomplètes, illogiques, insuffisantes. Il nous paraît de toute évidence aujourd'hui que la guérison ne peut être obtenue avec certitude que si l'orifice intestinal est lui-même oblitéré.

1^o La suture simple de l'orifice cutané fut proposée par Lecat, et employée sans succès par Bruns, et par Blandin. Dieffenbach (1834), Rendu (1843) suturent l'orifice sans l'aviver et échouent complètement. Cependant Foucher cite des cas de succès appartenant à Malcolm, à Jobert, à Chassaignac. Collier (1820) obtient une guérison en greffant au devant de l'orifice un lambeau cutané pris au voisinage. Velpeau essaye l'anaplastie indienne, l'anaplastie par glissement, qu'il ne tarde pas à abandonner.

En somme cette méthode, perfectionnée par Nélaton, et par Verneuil (1869), consiste à aviver l'orifice, à rapprocher et suturer ses lèvres, ou à amener au devant de lui un lambeau pris au voisinage, derrière lequel on laisse subsister un trajet suppurant ou une fistule stercorale.

2^o Velpeau (1836) tente d'améliorer cette méthode par le procédé suivant : deux incisions elliptiques circonscrivant l'anus en passant à un ou deux centimètres en dehors de la limite de la

peau ; elles vont en profondeur, jusqu'au niveau de l'orifice intestinal, qu'elles entourent exactement, sans toucher à la muqueuse ; on s'efforce en taillant cet entonnoir de ne pas ouvrir le péritoine. Puis on affronte les deux surfaces cruentées ainsi produites à l'aide de fils peu serrés. Deux incisions libératrices longues de 7 à 8 centimètres et passant à 3 ou 4 cm. de l'orifice permettent de mobiliser les tissus et d'éviter les tensions des fils.

Gosselin, (1836) dans un procédé analogue à celui de Velpeau, avive tout le trajet muqueux mais sans chercher à le suturer ; il excise la paroi dans toute sa hauteur et fait une suture enchevillée ; il ferme l'orifice par un lambeau autoplastique taillé dans le voisinage, et amené par torsion.

3° Tous ces procédés ont pu donner de bons résultats, mais ils ne peuvent empêcher, en cas d'échec, l'infiltration des matières dans la paroi ou sous la peau : *il faut fermer l'orifice intestinal*. Là encore, nous trouvons deux variétés de procédés, suivant que l'on n'ouvre pas ou que l'on ouvre le péritoine.

A. Méthodes extra-péritonéales. — En 1819, Liotard décrit une opération à laquelle il a assisté, mais sans nommer l'opérateur. « Le chirurgien, dit-il, incisa circulairement la peau à deux lignes de la membrane rouge qui bordait la fistule. Il la disséqua ensuite dans toute la circonférence, la renversa vers le centre de la fistule et maintint en contact ces bords nouvellement divisés, au moyen de deux points de suture, *aidés de la position la plus favorable et d'un pansement convenable* ». Le deuxième jour l'appareil était déjà pénétré des matières, les fils avaient coupé. Ce moyen fut abandonné.

Reybard, en 1838, libère le bourrelet muqueux, le saisit avec une pince, et l'attire au dehors, en le disséquant aussi loin que possible. Il le serre en masse à sa base par une ligature circulaire, puis réduit le moignon en totalité dans la cavité de l'intestin, et fixe cette portion invaginée par un point de suture.

L'intestin étant ainsi fermé, Reybard taille deux lambeaux cutanés à la limite de l'insertion de la muqueuse, et les adosse par leur face profonde, cruentée, et les unit par une suture

enchevillée, renforcée par de petites attelles. La fistule ne tarda pas à se reproduire.

Denouvilliers (1852), ayant affaire à un anus à muqueuse exuberante, sans trajet eutané, isole la muqueuse et ferme l'anús par une suture muco-muqueuse. Il laisse le trajet se fermer spontanément sous l'influence de la compression.

Panas (1865) suit une méthode analogue, mais, au lieu de se borner à la muqueuse, il dissèque et suture en plus la musculouse.

Malgaigne (1861) plus hardi, ose s'attaquer aux adhérences péritoneales, qu'il décolle sur une étendue d'un demi centimètre environ, en respectant autant que possible la grande cavité. Il fait alors une suture séro-séreuse de l'intestin, et ferme par une suture la paroi abdominale après avivement du trajet.

Plus tard, Chaput (1889) propose un premier procédé qui n'est en somme qu'une variante du procédé de Reybard. Il incise la muqueuse intestinale à l'orifice externe et dissèque tout le long du trajet la paroi intestinale. Il l'attire le plus possible au dehors, et place à sa base une ligature en masse au catgut; il incise tout ce qui dépasse la ligature puis repousse le tout dans la cavité intestinale. Il suture ensuite la paroi.

Cinq ans après, en 1894, M. Chaput propose un nouveau procédé qu'il appelle la suture par abrasion. Il circonscrit l'orifice anal par une incision circulaire, et isole l'intestin sur une étendue de 2 centimètres environ. Puis, dans la paroi intestinale il dissèque la muqueuse qui est rabattue en dedans, vers l'intestin, et suturée; une autre suture, musculo-musculaire, renforce la précédente. M. Chaput ne fait pas une suture complète et laisse une soupape de sûreté qui se fermera d'elle-même ultérieurement.

Plus récemment enfin (1898), on a proposé deux procédés extra-péritoneaux nouveaux; l'un est de M. Hartmann, l'autre de M. Jeannel.

Procédé d'Hartmann. — Ce procédé consiste « à dédoubler le tissu fibreux qui entoure la fistule, et à suturer en masse les parties dédoublées, suivant un principe analogue à celui de la péri-neorraphie de Tait ». Ce procédé est simple, mais il n'est, d'après

son auteur, applicable qu'aux fistules stercorales petites. Il a, à nos yeux, le grave défaut de laisser ouvert l'orifice intestinal.

Procédé de Jeannel. — « Après avoir fermé l'anus par une suture en bourse provisoire, je le circonscris par une incision circulaire, tracée à un centimètre de l'orifice, et pénétrant parallèlement aux parois de cet orifice jusqu'au péritoine exclusivement ; il m'est arrivé d'ouvrir, par cette dissection du trajet anal, la cavité péritonéale ; je me suis contenté de fermer le pertuis par un point de suture.

J'invagine le trajet anal en lui-même, sans en rien réséquer ; et j'en adosse les surfaces cruentées, qu'elles soient ou non séreuses, par un double plan de suture de Lembert. Je ferme ainsi l'anus aussi hermétiquement que possible, au moyen des parois disséquées et retroussées du trajet anal.

Cela fait, sur la couche pariétale, j'extirpe le tissu inodulaire, de manière à découvrir pour le mieux les couches normales de la paroi : couche sous-péritonéale, couche musculaire, couche aponévrotique et peau. Pour y aboutir, il faut par excision ou dissection, dédoubler, pour ainsi dire, la paroi au niveau de la couche musculaire, sans réséquer la peau ; on a l'avantage précieux de multiplier ainsi les surfaces cruentées à suturer.

Lorsque les trois couches de la paroi sont bien reconnaissables, je les suture méthodiquement, au moyen de trois plans : deux surjets profonds de catgut sur la couche musculaire et sur l'aponévrose, un plan superficiel de points entrecoupés au crin de Florence sur la peau ».

Il faut affronter largement les muscles et l'aponévrose, afin de réunir des surfaces et non des bords. Il est bon de drainer.

Ce procédé, simple et logique, paraît excellent. Employé quatre fois par M. Jeannel, il lui a donné quatre succès parfaits. Donnet (de Limoges) a publié deux cas d'anus contre-nature guéris aussi par ce procédé (1902).

B. Méthodes intra-péritonéales. — L'insuffisance des résultats obtenus au moyen des méthodes intra-péritonéales et la difficulté que l'on avait à aborder l'intestin en restant toujours en dehors du péritoine, devaient fatalement inspirer aux chirur-

giens l'idée de méthodes plus radicales consistant en interventions directes sur l'intestin. Mais pendant longtemps toutes les tentatives de ce genre furent arrêtées par les dangers que faisait courir au malade l'ouverture de la cavité péritonéale, ouverture qui presque toujours était suivie d'une péritonite généralisée. Aussi n'est-ce que depuis une trentaine d'années, depuis la généralisation de la doctrine antiseptique, que les méthodes intrapéritonéales ont acquis l'importance qu'elles ont aujourd'hui. Elles ont sur leurs devancières l'énorme avantage de permettre de traiter la lésion à ciel ouvert, et non plus à l'aveugle, et par conséquent d'obtenir une plus grande certitude de guérison complète.

Ces méthodes sont au nombre de trois : l'entéro-anastomose, l'entérectomie, et l'entérorraphie latérale.

Entérectomie. — L'idée de réséquer la portion d'anse malade et de suturer bout à bout les deux segments d'intestin est déjà ancienne, puisque Dupuytren en soupçonne la possibilité ; mais il ajoute que : « Il n'est personne qui ne sente les dangers et les difficultés de cette méthode ». Toutefois, en 1878, Roux fit la première entérectomie, pour un anus vaginal, mais sa malade mourut de péritonite au bout de trente-six heures.

L'idée fut reprise, en 1863, en Amérique, par Kinloch, et, plusieurs années après, en Allemagne, par Hüter (1876), par Schede, et par Dittel (1878), en Suisse, par Julliard (1882), en France, par Bouilly et Assaky (1883). A partir de ce moment, les faits se multiplient : Pollosson dans sa thèse d'agrégation (1883) peut rassembler 23 observations, Heimann, en 1884, en réunit 37, Hach, en 1888, en trouve 54, et Goetz, dans sa thèse de 1890, arrive à 77 cas. Depuis, la méthode a été étudiée par Doyen (1892), par Pollosson, et son élève Jeannin, dans sa thèse de 1894, par Gangolphe et son élève Regad (1895), par Delore et Patel (1901), qui ont surtout en vue dans leur article de la *Revue de Chirurgie* l'anus qui succède à la gangrène herniaire.

Pendant ce temps, d'importants travaux sur le même sujet étaient publiés à l'étranger. Nous nous bornerons à citer, parmi les plus importants, celui de Salzer, en 1892, qui relate la prati-

que de Billroth, et expose son procédé ; celui de Becker, en 1894, qui relate la pratique de Trendelenburg.

Entéro-anastomose. — Nous avons déjà vu que Liotard, en 1819, avait proposé d'établir une communication entre deux anses intestinales, pour dériver par cette voie le cours des matières fécales, et le détourner de l'anse malade : c'est là le principe de l'entéro-anastomose, mais Liotard, pour obtenir ce résultat, se servait d'une pince spéciale dont l'efficacité paraît douteuse, et qu'il ne semble pas avoir employée. Casamayor, en 1829, parvint à guérir un anus vaginal par un moyen analogue.

Mais le véritable créateur de l'entéro-anastomose fut Maisonneuve (1845), dont le nom reste attaché à cette méthode. Malheureusement, Maisonneuve vit mourir de péritonite ses deux opérés ; et, étant donné ce funeste résultat, la méthode fut provisoirement délaissée, pour être reprise plus tard par Laugier, par Comte, puis par Billroth (1882), à qui elle donna le même résultat ; et von Acker fut le premier qui obtint, en 1887, deux guérisons d'iléo-colostomie. A la même époque, Seun, reprenant des expériences anciennes de Hacken et Adelman, démontrait que, contrairement à l'opinion de ces derniers, il ne se produisait pas d'accumulation de matières fécales dans l'anse exclue, et que cette exclusion était moins nuisible à la nutrition que la résection d'une longueur égale d'intestin.

Pendant quelques années encore, l'entéro-anastomose continua d'être une opération dangereuse ; mais à mesure que la technique s'améliorait, les succès devinrent plus nombreux, et, appliquée spécialement au traitement de l'anus contre-nature, elle permit à Braun, à Chaput, à Le Dentu, à von Eiselsberg d'obtenir des résultats favorables.

Mais, l'anastomose latérale ne suffisant pas toujours à empêcher les matières de passer dans le segment d'intestin sur lequel siège la fistule, il convenait d'isoler davantage ce segment et de le séparer complètement du reste de l'intestin. Braun, pour cela, sectionne les deux bouts d'intestin, après l'établissement de l'anastomose latéro-latérale, et les ferme en cul-de-sac ;

puis il résèque la portion d'intestin exclue, avec l'anus lui-même ou la fistule. Ce procédé ne pouvant s'appliquer qu'à un nombre restreint de cas à cause de sa difficulté d'exécution, on imagina de laisser en place cette anse adhérente, d'où part la fistule, en l'isolant par une section. C'est ce que réalisèrent Hoehenegg en 1891, et von Eiselsberg en 1893. C'est là l'exclusion intestinale proprement dite, dont on conçoit sans peine l'insuffisance pour la guérison absolue de la fistule. C'est toutefois cette exclusion partielle qui a prévalu sur la précédente, mais elle a l'inconvénient de nécessiter la persistance d'une communication avec l'intestin ou avec la paroi, pour drainer la poche qu'elle laisse après elle.

Aussi, on a de plus en plus tendance actuellement à se borner à l'établissement d'une anastomose latérale, avec simple oblitération autoplastique de l'orifice anormal; c'est là du moins la technique de M. Ricard, telle qu'elle est exposée dans la thèse de Sikora (1902). Ce procédé s'exécute en deux temps : d'abord la création de l'anastomose entre les deux anses, afférente et efférente, dans leurs parties saines, et le plus près possible de l'orifice anormal; puis, en un second temps, lorsqu'on s'est assuré du bon fonctionnement de l'entéro-anastomose, la dissection des lèvres de l'anus, suivie de la suture des parois de l'intestin, avec suture partielle de la peau, mais sans tentative de restauration de la paroi.

Pour en finir avec l'entéro-anastomose, nous signalerons la vogue qu'a eue l'emploi de boutons anastomotiques, dont le plus usité a été celui de Murphy, pour établir l'anastomose entre les deux anses. Ces boutons sont, de nos jours, presque complètement abandonnés, à cause de leurs multiples inconvénients, et l'on est revenu à la méthode des sutures; mais ce sont là des points de technique opératoire sur lesquels nous n'avons pas à insister ici.

Entérorraphie latérale. — L'entérorraphie latérale fut imaginée en 1853 par Polano (de Leyde). Après avoir dilaté les deux bouts de l'intestin en y introduisant des éponges préparées, Polano circonscrit l'orifice anal par une incision circulaire, ouvre

délibérément le péritoine et libère l'intestin, en détruisant les adhérences qui l'unissent à la paroi. Puis il ferme l'orifice par une suture de Lembert et réduit l'intestin dans l'abdomen. Il n'oblitére pas l'orifice cutané. La guérison fut complète au bout de huit jours.

Malgré ce brillant succès, Polano n'eut pas d'imitateurs. — à moins que ceux-ci, moins heureux que lui, n'aient pas publié leurs résultats ; et cette méthode ne fut, comme les autres, reprise que longtemps après, lorsque l'antisepsie eut permis d'aborder le péritoine avec moins de dangers. En 1876, Czerny inventa à nouveau l'entérorraphie latérale, à laquelle il doit deux succès. Ultérieurement l'opération est reprise par Lose (1880), par Stelzner (1882), par Trelat (1883) qui, plus tard (1888), guérit une fistule pyo-stercorale par une entérorraphie faite à travers une brèche involontaire du péritoine, par Mensel, Chaput (1890), Adam (1894), Février (1894), Senn (1894), Le Dentu (1895), Lélars (1895), Gangolphe, Vallas qui veulent limiter son emploi aux pertes de substance peu marquées de l'intestin, et spécialement au gros intestin. Nicolas, dans sa thèse (1900) expose le procédé de M. Quénu pour le traitement de l'anus préliminaire.

*
* *

En résumé, le traitement de l'anus contre-nature n'a cessé d'être purement médical, pour devenir opératoire que depuis une centaine d'années environ. Le rétablissement du cours normal des matières était obtenu par la destruction de l'éperon, et l'entérotomie, telle que l'avait imaginée Dupuytren, était, à ce point de vue, l'opération de choix. Mais, comme l'entérotomie ne suffisait pas à assurer la fermeture de l'orifice pariétal, de nombreux procédés d'anaplastie ont été proposés pour oblitérer la fistule stercorale, et ces procédés furent longtemps limités dans leur audace par les dangers de l'ouverture du péritoine.

Malgré quelques tentatives hardies, il faut attendre la période moderne pour voir paraître des méthodes plus radicales, permettant d'obtenir une guérison plus rapide. Ces méthodes sont

actuellement au nombre de trois : l'entéro-anastomose, avec ou sans exclusion viscérale, l'entérectomie et l'entérorraphie latérale.

Mais, avant d'exposer les raisons de nos préférences pour cette dernière, il semble utile de passer rapidement en revue les conditions dans lesquelles l'anus contre-nature ou les fistules stercorales s'observent le plus communément.

CHAPITRE PREMIER

ETIOLOGIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Sans avoir l'intention de passer complètement en revue l'étiologie et l'anatomie pathologique de l'anus contre-nature, il nous a paru nécessaire d'insister sur quelques points spéciaux à ce sujet.

Il est classique d'établir une distinction entre l'anus contre-nature proprement dit, anus accidentel, établi spontanément, et l'anus artificiel, volontairement créé par le chirurgien. Cette classification est loin d'avoir une valeur absolue, elle ne peut pas s'appliquer à tous les cas : on ne saurait, par exemple, dans quelle catégorie faire rentrer certains anus contre-nature que le chirurgien se voit forcé d'établir, lorsque, en opérant une hernie étranglée, il trouve une anse trop sphacélée pour pouvoir la réduire dans l'abdomen. Et, d'autre part, dans bien des cas la lésion anatomique n'est pas sensiblement différente dans l'une ou l'autre forme, du moins lorsqu'elle est établie depuis un certain temps.

Toutefois, cette division présente quelques commodités, au point de vue étiologique et anatomo-pathologique, et c'est à ce titre qu'elle mérite d'être conservée.

I. — Anus accidentels.

Ces anus étaient autrefois les seuls que l'on avait l'occasion d'observer; ils deviennent aujourd'hui de plus en plus rares. Leur principale cause était l'*étranglement herniaire*, et l'établis-

sement d'un anus contre-nature était la terminaison la plus favorable de la hernie étranglée que le taxis n'avait pu réduire ; l'intestin distendu se rompait soit spontanément au niveau de l'agent d'étranglement, et par gangrène perforante des tuniques intestinales, soit sous l'influence des manœuvres de réduction ; il se formait un phlegmon stercoral qui s'ouvrait secondairement à la peau, et, par l'ouverture ainsi produite, le contenu intestinal s'écoulait au dehors, en totalité ou partiellement, suivant les cas.

Aujourd'hui, les nombreuses cures radicales de hernies qui s'opèrent journellement, rendent plus rare l'étranglement herniaire, et d'autre part, il n'est plus guère de hernie étranglée qui ne soit, tôt ou tard, opérée. Et, si le chirurgien, arrivé trop tard, ne peut réduire une anse trop gangrenée, s'il ne peut ou n'ose la réséquer, ou faire d'emblée l'entérectomie ou une entéro-anastomose préventive, il fixe du moins cette anse dans la plaie chirurgicale, où il peut la surveiller, la panser à ciel ouvert ; et, le plus souvent, tout se réduit, au bout de quelques jours, à une fistule stercorale plus ou moins large. Dans tous les cas, l'anus contre-nature formé par deux anses accolées en canon de fusil, avec un éperon long parfois de plusieurs centimètres, s'ouvrant dans un infundibulum plus ou moins profond, tel que le décrivent les classiques à la suite de Scarpa et de Dupuytren, est devenu de nos jours d'une extrême rareté.

De même, les *plaies de l'abdomen* avec plaie de l'intestin, sont, de nos jours, justiciables d'une intervention immédiate, la suture, et la fistule qui peut se produire n'est plus alors qu'une complication de l'opération.

Les *fistules d'origine opératoire* sont au contraire de plus en plus fréquentes, à mesure qu'augmentent la fréquence et la hardiesse des opérations abdominales. Elles résultent soit d'une opération faite directement sur le tube digestif : une ligature, une suture intestinale a pu céder en un point et constituer ainsi une fistule, soit d'une opération sur un autre organe abdominal, la paroi intestinale étant alors lésée par une rupture d'adhérences qui entraînent avec elles un peu de la séreuse ou même de la mus-

culeuse, ou ulcérée secondairement par le contact trop prolongé d'un drain profond.

Ces causes traumatiques déterminent par rapport à la paroi le siège de l'anus contre-nature ou de la fistule stercorale qu'elles ont produits. L'anus siègera en effet, suivant les cas, au niveau d'un orifice herniaire, inguinal, crural ou ombilical, s'il est consécutif à une hernie étranglée. Il siègera dans la cicatrice s'il est la conséquence directe ou indirecte d'une intervention chirurgicale.

Il n'en est plus de même s'il s'agit d'un anus contre-nature ou d'une fistule stercorale d'origine inflammatoire. La perforation peut être faite de dedans en dehors : elle reconnaît alors comme cause toutes les ulcérations de l'intestin : tuberculose, dysenterie, fièvre typhoïde, la perforation intestinale pouvant dans certains cas favorables être limitée par des adhérences protectrices, et s'ouvrir secondairement à la peau, après formation d'un abcès, les tumeurs malignes de l'intestin, l'actinomycose intestinale, et enfin les corps étrangers, au premier rang desquels nous rangerons les vers intestinaux.

Le siège de la fistule est, dans ces cas, variable à l'infini. Toutefois, il affecte de préférence *la fosse iliaque droite*, la région iléo-cœcale étant elle-même le plus souvent atteinte par les diverses causes que nous avons énumérées.

Enfin, la perforation intestinale peut être faite de dehors en dedans, par une infection partie du voisinage, abcès peri-néphrétiques, abcès pelviens et abdominaux. La lésion peut être alors complexe, intéresser un autre organe ; comme l'utérus, le vagin ou la vessie ; la fistule cutanée n'est plus dans ce cas qu'un symptôme surajouté, d'importance secondaire ; le traitement devra s'adresser surtout à la fistule intestino-viscérale, et nous ne saurions l'envisager ici.

Il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit d'une *appendicite* avec phlegmon de la fosse iliaque droite et la fréquence de cette dernière affection nous explique la fréquence considérable des fistules de la fosse iliaque droite.

En résumé, les anus contre-nature, spontanés, accidentels,

ont un siège variable avec la cause qui les a produits, souvent ils sont placés dans une cicatrice de laparotomie. Fréquemment ils siègent dans la région iliaque droite ; et, ne s'ouvrant à l'extérieur que par l'intermédiaire d'une cavité purulente, ils constituent des *fistules pyo-stercorales*.

II. — Anus artificiel, anus chirurgical.

L'anus contre-nature chirurgical peut être temporaire ou définitif, — cette dernière variété ne pouvant en rien nous intéresser au point de vue qui nous occupe. L'anus temporaire est au contraire établi en vue d'une cure radicale ultérieure : il est le type de l'anus artificiel justiciable du traitement.

On peut être amené à créer un anus contre-nature dans deux circonstances :

1° *Il y a occlusion intestinale*. La cause de l'occlusion est inconnue, ou bien le malade déjà affaibli et intoxiqué n'est pas en état de supporter une opération un peu prolongée ; sans perdre son temps à vouloir lever d'emblée l'obstacle au cours des matières, on doit avant tout supprimer le syndrome occlusion en faisant une entérostomie.

Cette entérostomie doit être faite le plus loin possible de l'estomac, et pour cela, Nélaton recommandait de faire une incision parallèle à l'arcade crurale droite, d'attirer au dehors la première anse distendue et de la fixer dans la plaie par une suture. Aujourd'hui, le principe reste le même, mais on place l'incision un peu plus haut et un peu moins oblique, on fait un *anus cæcal*. Si l'obstacle siège sur le grêle, il va sans dire que c'est sur l'intestin grêle que sera fait l'anus contre-nature, mais toujours dans la fosse iliaque droite.

2° *Il n'y a pas d'occlusion intestinale*, ou du moins le malade présente des symptômes d'occlusion chronique incomplète, liée par exemple à l'existence d'un cancer du gros intestin.

Dans ce cas, on fait, rarement, un anus cæcal. Si l'on ne fait pas en un temps l'extirpation de l'anse sténosée avec suture des bouts sus et sous-jacents, on établit un anus contre-nature

temporaire avec suture des deux bouts d'intestin dans la plaie. C'est là le premier temps des procédés de Wolkmann, de Reclus, de Paul, d'Israël. L'anus est alors médian, sous-ombilical ou sus-pubien, ou latéral, dans la région iliaque gauche, exceptionnellement sus-ombilical, dans le cas de cancer du colon transverse.

*
* *

Ainsi que nous venons de le voir, le siège de l'anus contre-nature est sujet à de grandes variations ; mais, quel que soit leur siège, quelle qu'ait été la cause qui les a produits, anus contre-nature et fistules stercorales présentent certains caractères anatomiques communs, qu'il est nécessaire de connaître avant d'aborder l'étude de leur traitement.

1° Peau. — *La peau* qui avoisine l'anus contre-nature est souvent, mais non constamment le siège de lésions inflammatoires variées. La lésion peut être nulle, la peau paraît parfaitement saine, l'épiderme intact ; c'est à peine si l'on observe une pigmentation d'intensité variable, s'étendant circulairement sur un rayon de quelques centimètres autour de l'orifice et s'estompant graduellement. Cette tolérance parfaite s'observe surtout dans les cas d'anus déjà anciens, qui ont toujours été soignés, pansés et nettoyés plusieurs fois par jour, ou dans les petites fistules qui ne laissent passer que très peu de matières fécales.

D'autre fois, la peau qui entoure l'anus est atteinte d'érythèmes, avec desquamation de l'épiderme. La rougeur est plus ou moins intense, et l'étendue des lésions en profondeur est variable aussi : elles sont toujours plus accentuées au niveau de la cicatrice de la plaie opératoire dont la guérison s'est rarement faite partout par première intention, et qui reste toujours plus vulnérable que la peau saine. Les petites excoriations de la peau ou de la cicatrice ne sont pas rares, et elles peuvent revêtir le caractère ulcéreux, leur présence étant entretenue indéfiniment par le contact des matières fécales. A ce niveau peuvent se faire des inoculations septiques, et on a souvent observé des poussées d'érysipèle autour de l'anus contre-nature.

Ces diverses lésions ont des causes complexes : causes physiques, l'humidité constante qu'entretiennent les matières ramollit la peau, la macère et la rend moins résistante. — causes infectieuses. — causes chimiques enfin, le contenu de l'intestin pouvant exercer une véritable digestion des tissus. Nous avons eu récemment l'occasion d'observer, dans le service de M. Quénu, une vieille femme qui avait été opérée d'une hernie crurale étranglée datant de quatre jours ; et chez qui, après avoir établi une entéro-anastomose en tissu sain, on avait fixé dans la plaie l'anse grêle sphacélée. L'anse se dissocia peu à peu, se perfora et laissa s'écouler continuellement une petite quantité de liquide entérique sous l'action duquel on vit se dissoudre non seulement la peau et les bords de la plaie, mais aussi l'anse elle-même et les adhérences péritonéales qui avaient eu le temps de se former. La malade mourut ainsi de péritonite sept jours après l'opération.

En dehors de ces faits exceptionnels, il est toujours possible d'améliorer l'état de la peau, en l'entourant de soins hygiéniques constants, et en assurant le bon fonctionnement de l'intestin pour diminuer la virulence des produits qu'il déverse par l'anus. Mais il faut bien se rappeler, au moment de l'opération, que cette peau est malgré tout, profondément infectée, jusqu'au fond de ses glandes sébacées ou sudoripares, infection d'une virulence souvent très atténuée, mais qu'on n'a pas le droit de négliger. On devra se protéger contre cette peau, d'abord en la nettoyant aussi soigneusement que possible, puis en la recouvrant de compresses aussitôt qu'elle est incisée, pour éviter tout contact avec elle, en drainant enfin, après l'opération, et en surveillant ultérieurement l'état des points de suture :

2° Orifice cutané et trajet pariétal. — L'orifice cutané présente un aspect extérieur variable avec chaque cas particulier, et sur lequel il est peu utile d'insister : ses dimensions tiennent à celles de la perte de substance de l'intestin ; par rapport à la paroi, tantôt il fait une saillie appréciable, tantôt au contraire il est en retrait, comme attiré en arrière, et entouré par les bourrelets plus ou moins épais que la masse adipeuse sous cutanée forme autour de la cicatrice. On peut ne voir qu'un orifice unique,

ou bien on aperçoit distinctement les deux bouts d'intestin, différent et efférent, séparés par l'éperon. La muqueuse, toujours un peu exubérante, peut être éversée, herniée et formée comme un gros champignon rouge, dans lequel s'ouvre l'anus.

Il est plus intéressant d'étudier de quelle manière se fait la continuité de la muqueuse intestinale avec la peau.

Dans l'anus type, dans la colostomie parfaite, la muqueuse se continue directement avec la peau, sans solution de continuité apparente, avec une limite linéaire très nette entre l'épithélium intestinal et l'épiderme. C'est la *fistule labiée* de Roser.

Lorsque la colostomie n'est pas parfaite, la muqueuse et la peau n'arrivent pas au contact l'une de l'autre, il existe entre elles une solution de continuité ; le trajet pariétal n'est plus alors recouvert par l'épithélium intestinal dont la limite s'arrête à une distance plus ou moins grande. Entre le revêtement externe, cutané, et le revêtement interne, muqueux, existe un espace d'une étendue variable qui est tapissé de granulations, de bourgeons charnus plus ou moins exubérants. C'est à cette forme que Roser avait donné le nom de *fistule tubulaire* qu'il opposait à la fistule labiée que nous avons étudiée plus haut.

Ce trajet fistuleux peut avoir des dimensions considérables se dilater en une poche intermédiaire qui produit du pus en abondance : il y a alors *fistule pyo-stercorale*. Et cette poche suppurante a, dans bien des cas, une importance prépondérante. L'abcès intermédiaire, ouvert à la fois à la peau et dans l'intestin, est justiciable d'un traitement spécial : incision de la poche, drainage, traitement causal ; en un mot, si l'on ne peut guérir d'un seul coup la fistule pyo-stercorale, on doit d'abord la transformer en une fistule stercorale, dont on entreprendra ensuite le traitement. Nous ne saurions insister davantage ici sur ce sujet.

L'évolution de ces deux formes est essentiellement différente. La fistule labiée pourra se rétrécir, si le courant des matières est rétabli, devenir punctiforme, virtuelle ; elle n'a aucune tendance à la guérison spontanée, qui est, dans ce cas, impossible, tant que la muqueuse subsistera dans toute son étendue.

Il n'en est pas de même de la fistule tubulaire. Si le cours des

matières cesse de passer par l'orifice, la membrane granuleuse tend à produire du tissu de cicatrice, la lumière du trajet se rétrécit graduellement et peut même se refermer complètement. Il y a alors guérison spontanée de la fistule.

Dans d'autres cas, la cicatrisation se fait depuis l'extérieur comme l'ont montré Tourneux et Cadiat ; il se produit un écroulement cellulaire, et le trajet s'épidermise peu à peu. Si les cellules épidermiques arrivent ainsi au contact de la muqueuse, la fistule tubulaire se transformera en fistule labiée, et la guérison spontanée deviendra impossible.

Inversement, si l'on arrive à détruire complètement le revêtement muqueux ou le revêtement épidermique ainsi produits, le trajet pourra se cicatriser peu à peu et s'oblitérer complètement. On comprend ainsi que de nombreuses fistules puissent guérir rapidement soit spontanément, soit sous l'influence de la cautérisation suivie de la compression du trajet, à condition, bien entendu, qu'il n'y passe plus de matières fécales. Et si, après une intervention au cours de laquelle le trajet fistuleux a été réséqué en totalité, il arrive accidentellement qu'un peu du contenu de l'intestin s'échappe encore par la plaie, il ne s'ensuit pas forcément que la fistule s'est reproduite : il est de règle au contraire que la cicatrisation se poursuive, par seconde intention, et que la guérison s'achève en quelques jours.

3° Orifice intestinal. — L'orifice intestinal ne présente rien de particulier à étudier. Sa limite est, du reste, difficile à préciser ; en réalité, l'intestin se continue jusqu'à la limite du revêtement muqueux, c'est-à-dire, dans certains cas, jusqu'en dehors de la paroi. Il vaut mieux considérer comme orifice intestinal le point où la muqueuse du trajet se réfléchit pour se continuer avec celle de l'intestin sain, le point où le doigt qui explore l'anus cesse de se sentir serré par la paroi. C'est là en effet que s'arrêtera la résection du trajet, et que devra être faite la suture de l'intestin.

4° L'intestin. — Les modifications des deux bouts de l'intestin sont constantes, et nous ne saurions mieux faire que de reproduire la description qu'en a donnée Dupuytren :

« Les deux bouts du canal intestinal, semblables en tout avant que l'anus contre-nature les eut distingués, ne tardent pas à devenir très différents l'un de l'autre. Le bout supérieur parcouru par les matières alimentaires, excité par leur présence, conserve non seulement son calibre et l'épaisseur de ses parois, mais encore, obligé de suppléer à la partie inférieure du canal intestinal qui se trouve, en quelque sorte, interdite dans ses fonctions, il acquiert une ampleur et une épaisseur plus grandes; il devient le siège d'une circulation, d'une sécrétion, d'une absorption plus actives; l'excès de vie dont il est pénétré s'étend jusqu'au mésentère et aux glandes lymphatiques avec lesquelles il est en rapport. Le bout inférieur, au contraire, cessant d'être parcouru et excité par les aliments, n'ayant plus rien à recevoir, à soutenir, à élaborer, se rétrécit dans son calibre, s'amincit dans ses parois; il se flétrit, ainsi que le mésentère et les glandes lymphatiques qui lui appartiennent; et telle est, pour le dire en un mot, la différence qui s'établit entre deux parties d'intestin si voisines l'une de l'autre, qu'en moins de quelques années, elles semblent appartenir à deux individus et à deux époques différentes: savoir, le bout supérieur au canal intestinal d'un adulte, le bout inférieur à celui d'un nouveau-né ».

L'atrophie du bout inférieur peut être plus accentuée encore, et aller jusqu'à l'oblitération complète. Dans un cas de Bégin, il fut impossible de retrouver, ni sur la cicatrice ni aux parties environnantes, aucun pertuis formant l'entrée du bout inférieur. Celui-ci n'était plus représenté que par un cordon blanc, flexueux, gros comme une plume ordinaire. Perméable encore à son extrémité anale, il était, au voisinage de l'anus accidentel si complètement oblitéré, qu'il fut impossible d'y découvrir la moindre trace d'un canal intérieur. L'anus contre-nature, il est vrai, datait de quarante ans.

Ce segment inférieur ne s'atrophie ainsi que si l'anus contre-nature laisse passer la totalité des matières fécales. Il ne contient plus alors que des concrétions blanchâtres, muqueuses, produites par les glandes intestinales. Lorsqu'il n'y a qu'une simple fistule, le bout inférieur contient encore des matières qui

peuvent se concréter et durcir, si leur élimination n'est pas assurée.

Toutefois, lorsque l'anus contre-nature ne date que de quelques mois, il y a simplement diminution du calibre de l'intestin, plutôt qu'atrophie de sa paroi. Celle-ci conserve une épaisseur suffisante pour permettre de faire une suture sans risquer de la déchirer. Quant au bout supérieur, il nous a semblé que si son ampleur n'est pas modifiée, il n'en est pas de même de son épaisseur : la paroi, au moins dans les cas que nous avons eu l'occasion d'observer, était amincie et comme distendue ; elle était toujours plus friable que celle du bout inférieure. Cette atrophie partielle semblait porter principalement sur la *couche musculuse*.

Delore et Patel ont étudié la constitution histologique des segments d'intestin au voisinage de l'anus contre-nature. D'après eux, dans le segment supérieur, on ne relève aucune altération notable des divers éléments de la muqueuse et de la sous-muqueuse ; la *muscularis mucosae* n'est pas modifiée. *La musculuse n'est pas hypertrophiée*. Seule, la couche connective sous-péritonéale est nettement augmentée d'épaisseur ; elle est le siège d'une infiltration inflammatoire intense. Elle est constituée par des faisceaux de tissu fibreux ; entre ces faisceaux cheminent un assez grand nombre de vaisseaux, pour la plupart dilatés, et de nombreux leucocytes. L'abondance de ces derniers va en augmentant à mesure qu'on s'approche davantage de l'endothélium péritonéal.

Dans le segment inférieur, on ne constate pas de différence sensible. Les vaisseaux qui cheminent dans le tissu connectif sous-muqueux sont revenus sur eux-mêmes, et présentent à la coupe une paroi irrégulièrement festonnée ; néanmoins, leur lumière est nette et perméable. Il y a en somme un peu d'atrophie de la muqueuse et de la sous-muqueuse. La couche musculuse ne paraît nullement altérée. La couche sous-séreuse est épaissie, infiltrée de leucocytes, sillonnée de vaisseaux dilatés, avec, par places, de petites hémorragies interstitielles.

En résumé, il existe des modifications peu sensibles des

diverses couches, sauf de la couche sous-séreuse qui est infiltrée. Cette infiltration peut gagner la couche musculuse, dissocier ses éléments et déterminer leur atrophie, aussi bien dans le bout supérieur que dans le bout inférieur.

5° Le péritoine. — Les altérations du péritoine sont constantes, autour de l'anus contre-nature : il existe toujours des adhérences qui unissent les deux bouts d'intestin, ou l'anse fistuleuse à la face profonde de la paroi, isolant l'anus de la grande cavité péritonéale. Ces adhérences sont ordinairement épaisses et assez denses, peu ou pas vasculaires. En général, elles entourent l'anus sur une largeur de deux centimètres environ, mais cela est très variable. Au delà, le péritoine est sain, sans altérations.

Les deux bouts d'intestin forment entre eux un angle variable, occupé par le mésentère qui y forme un triangle à base postérieure, dont le sommet correspond à l'éperon. Le plus souvent le mésentère est simplement plissé dans l'aire de ce triangle, et, dès que les anses sont libérées de leurs adhérences, on arrive très bien à faire disparaître l'angle qu'elles forment et à effacer la saillie de l'éperon.

Dupuytren a bien montré le rôle du mésentère qui exerce une traction constante, qui rétracte les bouts d'intestin en arrière, efface la saillie de l'éperon, allonge l'infundibulum, étire et amincit les adhérences pariétales, toutes conditions favorables à la guérison spontanée. Cette rétraction serait due à un certain degré de mésentérite, sur laquelle il est permis de compter pour achever de détacher l'anse, après fermeture de la fistule, par destruction des adhérences qui la relie encore à la face profonde de la paroi.

6° La paroi. — Les divers plans de la paroi abdominale présentent au voisinage de l'anus contre-nature ou de la fistule, des altérations constantes dont l'intensité et l'étendue varient avec le degré d'infection qui existe ou a existé en ce point. Sous la peau, se trouve une couche cellulo-adipeuse très dense, fibreuse par places, avec de nombreux vaisseaux. Les plans musculaires ou aponévrotiques sont reliés à la face profonde du tra-

jet par des adhérences cicatricielles toujours très serrées, de telle sorte que la dissection de ce trajet se fait en plein tissu de cicatrice, dans lequel il est toujours malaisé de reconnaître ces différents plans : il n'est parfois possible de les isoler qu'en commençant l'incision en tissu sain et en la poursuivant dans la direction de l'anus. Ajoutons que les divers plans musculaires ou aponévrotiques, enserrés dans ce tissu chroniquement enflammé, sont souvent très atrophiés ce qui augmente encore la difficulté de leur dissection.

CHAPITRE II

CRITIQUE DES PRINCIPALES METHODES THERAPEUTIQUES

On distingue deux variétés de méthodes de traitement de l'anus contre-nature, suivant que leur exécution se fait avec ou sans ouverture du péritoine : il existe donc, ainsi que nous avons eu déjà l'occasion de l'exposer, une méthode extra-péritonéale et une méthode intra-péritonéale.

La *méthode extra-péritonéale* se fait en deux temps : rétablissement de la circulation des matières dans le bout inférieur, — fermeture de l'orifice pariétal, ce dernier pouvant se faire d'emblée si l'on a affaire à un anus sans éperon ou à une fistule stercorale. Le rétablissement du cours des matières ne peut être obtenu, sans ouverture du péritoine que par section ou destruction de l'éperon.

La *section de l'éperon*, par la méthode de Richelot, qui consiste à tailler dans l'éperon un V à base supérieure et à pointe profonde, et à suturer ensuite les bords de la plaie intestinale, est un procédé rapide, mais qui n'est applicable qu'aux anus largement ouverts, aux éperons faciles à attirer au dehors. D'autre part il est difficile de faire une bonne suture dans la profondeur de l'anus, il est dangereux de la faire dans un milieu aussi septique que le contenu intestinal.

L'*entérotomie*, faite à l'aide de l'entérotome de Dupuytren ou d'un des instruments qui en dérivent, a pour elle son long passé et les bons résultats qu'elle a donnés. Mais l'application de l'entérotome est souvent difficile : l'instrument glisse, dérape, dévie, ou bien ne prend qu'une portion insignifiante de l'éperon,

de telle sorte qu'on est obligé de recommencer plusieurs fois l'opération. D'autre part, certains malades ne peuvent pas supporter l'entérotomie : ils éprouvent des douleurs violentes, des coliques, des nausées, et divers troubles nerveux ou circulatoires, pouvant aller jusqu'à la syncope. Les injections sous-cutanées de morphine les calment, il est vrai, mais comme l'entérotomie ne tombe en général qu'au bout de huit jours, beaucoup de malades refusent de souffrir pendant un temps aussi long.

L'entérotomie est un procédé aveugle ; il arrive que l'on pince entre les mors de l'instrument une anse saine en contact avec l'éperon, et qui se sphacèle au même titre que l'éperon. Dans certains cas, et sans que l'on sache pourquoi, les adhérences péritonéales ne se font pas entre les deux bouts d'intestin ; à la chute de l'escharre, les anses s'écartent, et le contenu de l'intestin se déverse librement dans le péritoine. Et cependant, ce procédé a la prétention de créer des adhérences !

Les dangers de l'entérotomie sont bien mis en évidence par les statistiques : Dupuytren, en 1839, publie 41 cas avec 3 morts. La plus récente statistique, réunie par Korte comprend 111 cas, avec 11 morts — et il ne s'agit là que de faits publiés — il est permis de croire, avec Richelot, que l'entérotomie « a causé des malheurs, non publiés, dans maintes occasions dont personne n'a eu connaissance ».

L'entérotomie, enfin, est non seulement dangereuse mais insuffisante. Sur ses 41 opérés, Dupuytren n'a obtenu que 29 guérisons complètes, et Goetz, après une critique minutieuse des 66 observations inédites qu'il publie, n'a trouvé que 21 0/0 de guérisons avec oblitération spontanée de l'orifice, tandis que d'autre part il relève 14 insuccès complets, soit 21, 21 pour cent. Ce procédé rend donc nécessaire une seconde intervention, destinée à oblitérer l'orifice pariétal.

Les procédés de fermeture de l'orifice pariétal de l'anus contre-nature sans ouverture du péritoine sont extrêmement nombreux ; nous en avons énuméré plus haut les principaux et nous ne reviendrons pas sur leur technique. En principe, il est certainement préférable de ne pas ouvrir le péritoine pour ne pas

risquer de l'infecter, et de rester en Jeca de la zone des adhérences protectrices; mais il n'est pas toujours facile de ne pas dépasser ces adhérences, et, en fait, « mieux vaut ouvrir délibérément le péritoine, se préparer d'avance à l'ouvrir, plutôt que de s'exposer à le déchirer par accident, déchirure plus dangereuse qu'une ouverture préparée » (Lejars).

Ne doivent être retenus que les procédés qui font une fermeture complète de l'orifice intestinal, avant de refermer la paroi et la peau : il est illogique, et dangereux de laisser béant un trou de l'intestin, alors qu'on fait au devant de lui une suture des muscles ou des téguments : si des matières continuent à passer, on expose le malade à une infection d'autant plus grave que les plans de sutures qui la brident sont plus solides.

Le procédé de Jeannel, que nous avons exposé plus haut nous paraît le meilleur de tous. Remarquons en passant les grandes ressemblances de la technique de M. Jeannel avec celle de M. Quénu que nous exposerons plus loin. Il arrive que M. Quénu reste pendant tout le temps de l'opération en dehors du péritoine qui n'est pas ouvert, ce qui est, somme toute, préférable, et supprime tout danger d'inoculation de la séreuse.

En résumé, la méthode extra-péritonéale est indiquée surtout pour le traitement des petites fistules, ou des ouvertures latérales de l'intestin sans éperon. Elle est contre-indiquée lorsque le bout inférieur est sténosé ou oblitéré, lorsque l'anus est trop largement ouvert pour que la suture de ses bords puisse être faite sans libération de l'intestin.

Les *méthodes intra-péritonéales* sont au nombre de trois, l'entéro-anastomose, l'entérectomie, l'entérorraphie latérale. Cette division est peut-être trop absolue, mais il est toujours possible de rattacher à l'un de ces groupes une intervention intra-péritonéale pour traitement d'un anus contre-nature.

L'*entéro-anastomose* a pour but de détourner le cours des matières de l'anse malade et d'en assurer le passage en dehors d'elle. Sans doute l'anastomose simple suffit à dériver la plus grande partie des matières, mais il est exceptionnel qu'elle en dérive la totalité. Il reste toujours un suintement, le malade ne

guérit spontanément de sa fistule qu'après de longs mois, ou après une seconde intervention, et pour cette dernière, on a le choix entre la résection de l'anse malade, l'exclusion, ou l'oblitération simple de l'anus.

La *résection de l'anse malade* assure une guérison parfaite ; mais elle n'est pas applicable à tous les cas, et souvent l'étendue des adhérences la rend impossible ; elle a encore contre elle, une gravité opératoire incontestable.

L'*exclusion avec oblitération des deux bouts* de l'intestin ne présente dans le cas particulier de l'anus contre-nature aucun des dangers sur lesquels a insisté von Baracz, puisqu'il existe un orifice pariétal permettant le drainage de la cavité ainsi produite. Mais alors le malade est condamné à garder indéfiniment sa fistule la désinfection du segment exclu ne pouvant pas être obtenue, et son atrophie étant très lente.

L'*exclusion avec oblitération du bout supérieur*, entre l'anastomose et l'anse malade permet le drainage du segment exclu par le bout inférieur, mais la fistule reste ouverte, et le reflux des matières est toujours possible. La fistule peut même « après l'exclusion, sécréter plus abondamment qu'avant » (Terrier et Gosset). Sur 25 exclusions pour anus contre-nature ou fistules stercorales, Terrier et Gosset n'ont eu que 10 guérisons complètes, mais par contre, ils ont eu 3 morts, 6 fois la fistule a persisté, 4 fois on a dû réséquer l'anse malade secondairement.

L'anastomose, suivie de l'*oblitération autoplastique* de l'orifice anormal donne une mortalité nulle, et Sikora a publié d'excellents résultats obtenus par cette méthode. Mais là encore, on retrouve tous les inconvénients d'un traitement par deux opérations successives, et il est permis de se demander si l'anastomose préalable est toujours bien utile.

En résumé l'entéro-anastomose ainsi que l'a indiqué Roux (de Lausanne) semble devoir être réservée aux affections inflammatoires complexes, avec clapiers et adhérences multiples ; aux cas de fistules pyo-stercorales externes, génitales ou urinaires, à certains anus compliqués aux fistules d'origine tuberculeuse dont l'extirpation totale n'est pas possible.

L'*entérectomie* avec suture immédiate bout à bout des deux segments d'intestin a l'avantage de supprimer définitivement toute la lésion et de rétablir aussitôt le cours des matières. Certes, cette opération est excellente, au moins en théorie, car en pratique son exécution est loin d'être aisée. D'une part la section de l'intestin expose le péritoine à l'infection. D'autre part, la réunion des deux bouts de l'intestin n'est pas toujours facile, à cause de la différence de calibre de ces deux bouts. On a proposé divers artifices pour rétablir l'égalité entre eux : Billroth, Baum, Dittel, Rocher font sur le bout supérieur un pli rentrant longitudinal, fixé par une suture, mais ils créent ainsi un point de moindre résistance où la suture des deux bouts pourra céder. Rydygier résèque un triangle longitudinal et suture ses deux lèvres. Billroth crée un pli saillant longitudinal qu'il suture isolément, mais toutes ces méthodes rétrécissent l'intestin en un point qui est déjà trop étroit. Il est préférable d'agrandir l'orifice du bout inférieur, soit en le dilatant, soit en faisant sur lui une incision elliptique (Madelung, Stelzner, Kauffmann, Gussenbauer) soit plutôt, suivant le procédé de M. Quénu, en agrandissant l'incision transversale par une incision longitudinale faite en un point diamétralement opposé à l'insertion du mésentère.

La réunion des deux bouts par suture est maintenant adoptée sans conteste, et le bouton de Murphy tend de plus en plus à être abandonné.

Les résultats de l'entérectomie sont malheureusement peu encourageants. La mortalité opératoire est très élevée, quoiqu'elle tende à s'abaisser à mesure que la technique se perfectionne. Elle était de 37,8 pour 100 dans la statistique de Reichel, de 32,47 pour 100 dans celle de Gœtz (1890) de 26,49 pour 100 dans celle de Le Dentu (1893). Elle était encore de 19,04 pour 100 dans celle plus récente de Delore et Patel (1901) de 18,7 pour 100 dans celle de Clairmont en 1901 (3 morts sur 16 cas).

L'entérectomie ne doit donc être employée qu'avec prudence, et seulement lorsque l'état de l'intestin nécessite sa résection, lorsqu'il s'y trouve par exemple une récurrence de cancer : et encore, dans ce cas, il peut être préférable de rétablir l'anus

artificiel, si l'on n'a pas la certitude que l'extirpation totale est possible.

L'entérorraphie latérale présente sur les autres méthodes de nombreux avantages. Le premier de tous c'est sa bénignité. Les diverses statistiques publiées jusqu'à ce jour, sont, à ce point de vue parfaitement concordantes. Gœtz qui a fait une excellente étude de toutes les observations de traitement d'anús contre-nature, jusqu'en 1890, publie 13 observations d'entérorraphie latérale, avec 13 guérisons. Ces observations sont celles de Polano, de Meüsel, Ozerny, Trélat (pour un cas de fistule pyostercorale), Parker, Hofmohl, Lose, Stelzner. La statistique de M. Le Dentu, en 1895 porte sur 24 cas, sans aucune mort. Depuis cette époque, de nombreuses observations ont été publiées par Braun, Février, Lejars, Gangolphe, Nicolas, Vallas, Dormet : aucun de ces auteurs ne signale de mort imputable à l'opération, et la plupart d'entre eux ont obtenu des résultats extrêmement satisfaisants.

Bénignité absolue, grande sécurité dans les résultats ces deux qualités sont tout en faveur de l'entérorraphie. Un autre avantage est la facilité avec laquelle la méthode peut s'adapter à chaque cas particulier. Dans les cas très simples, où l'orifice est petit et l'intestin sain, l'entérorraphie latérale entraîne le minimum de dégâts : la perte de substance intestinale est découverte, isolée et suturée sans que l'on ait touché aux portions voisines de l'intestin, sans que l'on ait même pénétré dans le péritoine. Existe-t-il des adhérences multiples, il est facile de les détruire sur une étendue assez grande pour permettre la suture, sans exclure tout un segment d'intestin comme ferait l'entéro-anastomose.

On a fait à l'entérorraphie latérale quelques objections. On a reproché à la méthode de rétrécir considérablement le calibre de l'intestin et pour cela, on a voulu la réserver aux anus ou aux fistules siégeant sur le gros intestin dont les rétrécissements sont moins à craindre à cause de son plus grand diamètre. C'est aussi sur le gros intestin que siègent le plus souvent les anus contre nature ou les fistules. L'anús cœcal est peut-être le plus

fréquent de tous les anus curables, et l'entérorraphie représente son traitement de choix. La méthode est encore applicable aux anus iliaques, qui, eux aussi, sont plus fréquents que les anus siégeant sur l'intestin grêle. Et si, sur l'intestin grêle, une suture transversale menace de déterminer un rétrécissement trop serré, rien n'empêche de faire une anastomose qui n'exclut qu'une portion insignifiante d'intestin. Même sur le grêle, l'entérorraphie est parfaitement indiquée dans tous les cas où il n'y a pas une perte de substance circulaire et totale.

La présence de l'éperon n'est pas un obstacle absolu à l'entérorraphie. Senn a bien montré que la saillie de l'éperon disparaît spontanément lorsque les adhérences de l'intestin à la paroi sont détachés et que les deux bouts sont ramenés dans le prolongement l'un de l'autre. Sans doute, il est des faits, rares du reste, où les deux anses sont accolées en canon de fusil sur une certaine longueur, et ne peuvent pas être détachées, où l'éperon, devenu fibreux, ne peut pas être déplié, on est alors conduit à faire une entérectomie. Mais l'entérorraphie n'en reste pas moins applicable aux autres cas.

M. Le Dentu recommande l'entérorraphie qu'après entérotomie préalable : on retrouve alors tous les ennuis de l'entérotomie, et aussi ses dangers. L'effacement de l'éperon la rend le plus souvent inutile.

En somme les contre-indications absolues de l'entérorraphie sont peu nombreuses. Cette opération ne peut pas être faite sur un intestin malade, par conséquent toutes les fistules stercorales ou pyo-stercorales symptomatiques d'une affection chronique de l'intestin, tuberculose, actinomycose, infections chroniques, péri-appendiculaires ou péri-cœcales, relèvent plutôt de l'entéroanastomose que de l'entérorraphie. L'anوس dont les deux bouts sont trop éloignés l'un de l'autre, ou dont l'un des bouts est atteint d'une affection locale quelconque relève plutôt de l'entérectomie.

Les deux bouts ont toujours assez de points de contact pour que l'entérorraphie soit possible : il s'agit alors d'une entérorraphie circulaire plutôt que d'une entérorraphie latérale, mais entre les

deux opérations il n'y a pas de limite nette, et nous indiquerons ci-après comment cette union doit être réalisée.

En résumé, l'entérorraphie latérale est applicable à tous les anus dont les deux bouts peuvent être libérés et unis sans dangers, ou qui ne sont pas séparés par un éperon irréductible. Elle est la méthode de choix pour les anus siégeant sur le gros intestin, et pour les pertes de substance du grêle n'ayant pas porté sur toute la circonférence de l'intestin.

CHAPITRE III

TECHNIQUE OPERATOIRE

La technique que nous allons exposer est celle que nous avons vu suivre par notre maître, M. le Professeur Quénu, pour le traitement d'anus contre-nature et de fistules stercorales. Nous décrirons successivement la préparation du malade, dont l'importance est capitale, puis l'acte opératoire, l'opération proprement dite.

Préparation du malade. — A quel moment doit-on opérer le malade ? L'opération devra être précoce, lorsqu'on aura la certitude que l'intestin est sain, que le bout inférieur est perméable, et qu'on peut abandonner l'anse suturée dans l'abdomen en toute sécurité. Mais, s'il s'agit d'une altération organique de la paroi intestinale, d'un néoplasme que l'on a extirpé, l'opération sera faite aussi tard que possible, plusieurs mois au moins après la création de l'anus contre-nature, lorsqu'on aura acquis la certitude qu'il n'y a pas de récurrence locale. Un malade à qui M. Quénu avait fait en décembre 1906 l'abrasion d'un cancer annulaire du gros intestin avec anus contre-nature médian sous-ombilical, fut revu en octobre 1907 : il semblait avoir à ce moment deux bouts d'intestin sains ; deux mois après, en décembre 1907, on constata la présence dans le bout inférieur d'un petit noyau de récurrence. Si, chez un tel malade, on avait refermé l'anus contre nature au bout de dix mois, on eut rentré dans l'abdomen cette récurrence alors imperceptible et perdue, par conséquent, tout le bénéfice de la première intervention (voir Obs. II).

Il ne suffit pas de s'assurer de l'intégrité de la paroi intestinale,

il faut de plus vérifier la perméabilité du bout inférieur, inactif depuis longtemps. Un opéré de Madelung mourut quatre jours après la fermeture d'un anus contre-nature, avec tous les symptômes d'une occlusion intestinale aiguë. A l'autopsie, on constata que cette occlusion était due à une bride péritonéale, comprimant le bout inférieur de l'intestin à quelques centimètres au-dessous du point où avait été faite l'entérorraphie, laquelle avait très bien tenu.

Le malade enfin, sera opéré lorsque son état général sera bon et lui permettra de supporter sans dommage les fatigues d'une intervention. Dès que l'anus contre-nature est établi, les symptômes d'intoxication dus à la stase stercorale tendent à disparaître ; on devra par tous les moyens hâter cette guérison, réaligner le malade et s'efforcer d'améliorer son état général.

En vue de l'opération, on devra préparer : 1^o la peau, 2^o l'intestin.

1^o La peau. — Elle est, nous l'avons vu, souvent atteinte d'érythèmes, d'excoriations symptomatiques d'une infection chronique. Pour soigner la peau il faudra lutter contre cette infection, par une propreté méticuleuse, par un nettoyage des matières fécales répété plusieurs fois par jour, par un isolement de la cicatrice et de la peau environnante obtenu au moyen de pommades (vaseline pure, vaseline boriquée, pommade à l'oxyde de zinc), de pâtes (pâte de Unna) ou de collodions (adhésol). Tous ces moyens seront employés avec précaution, leur usage est parfois dangereux, et rien ne vaut la simple propreté obtenue par des lavages très fréquents à l'eau bouillie, lavages que le malade peut faire lui-même, chaque fois qu'il se sent souillé.

La peau sera, cela va sans dire, rasée et préparée comme pour toute opération sur l'abdomen, savonnée avec soin, et passée à l'éther et à l'alcool, à plusieurs reprises. On ne saurait prendre trop de précautions ni multiplier assez les nettoyages, pour obtenir une désinfection qui sera à peine suffisante.

2^o L'intestin. — Désinfecter l'intestin est impossible ; il faut savoir se borner à diminuer la virulence de son contenu. C'est le

régime alimentaire qui permettra le mieux de tarir la diarrhée symptomatique de l'entérite que l'on observe si souvent dans l'intestin extériorisé. Les moyens médicamenteux ne seront employés qu'avec prudence, car leur action pourrait s'épuiser et ne plus se faire sentir au moment de l'opération. Il serait logique de modifier la flore intestinale par l'ingestion de bouillons de culture, de bacilles lactiques, bacilles paralaactiques, bacilles bulgares ou toute autre variété, mais nous ignorons si cette thérapeutique a été essayée dans le cas particulier qui nous occupe.

L'opération ne pourra être entreprise que si l'intestin fonctionne normalement : c'est aussi de la régularité de cette fonction que dépend l'amélioration de l'état général. Les lésions cutanées péri-anales se guériront d'autant plus vite que le liquide qui se déverse sur elles sera moins septique ou moins irritant.

Au moment de l'opération, l'intestin sera vidé par des purgatifs, et mis au repos à l'aide de l'opium. Trois jours avant l'opération le malade sera purgé avec de l'huile de ricin. Deux jours avant l'opération, c'est-à-dire l'avant-veille, le malade sera encore purgé avec de l'huile de ricin. Pendant ces deux jours il sera mis à une diète relative, et ne prendra que du lait, du bouillon ou des potages légers.

La veille de l'opération, on fait au malade un grand lavage d'intestin à l'eau bouillie, dans le bout supérieur et dans le bout inférieur. Il est mis à la diète absolue, et ne prend plus que de l'eau ou du thé. Ce jour là, on commence à faire absorber de l'opium au malade. On lui fait prendre le matin une pilule de 0,05 centigr. d'extrait d'opium, et une autre pilule semblable le soir.

Le jour de l'opération, l'intestin ne reçoit pas de soins spéciaux. Le malade est encore sous l'influence de la forte dose d'opium qu'il a reçue la veille. On peut, s'il souffre beaucoup, ou s'il est agité après son réveil, lui faire des injections sous cutanées de morphine. Il est préférable qu'il ne boive pas ; on se contentera de lui rincer la bouche ou bien on ne lui fera prendre que quelques cuillerées de liquide si sa soif est trop vive. Des

injections sous-cutanées de sérum rendront à son organisme le liquide dont il a besoin.

Les jours suivants, on recommencera les pilules de 0.05 centigr. d'extrait d'opium, pendant trois jours au moins. L'alimentation sera reprise progressivement, d'abord liquide, lait, bouillon de légumes, potages ; puis on reprendra l'alimentation solide, avec des œufs et des purées.

Le plus souvent, le malade va à la selle spontanément vers le neuvième ou le dixième jour. On pourra aider ou hâter cette débâcle, si elle se fait trop attendre, par de petits lavements, donnés sans pression, ou par un purgatif léger. M. Lejars indique un moyen, qui est de Verneuil, et qui consiste à faire prendre au malade d'heure en heure une cuillerée à café d'huile de ricin.

Nous considérons que la préparation du malade et les soins consécutifs ont une part considérable dans la bonne réussite de l'opération. Combien d'insuccès peuvent être attribués uniquement à une faute dans la préparation du malade !

OPÉRATION.

Le malade étant endormi, et placé dans le décubitus horizontal, l'opérateur se place du côté de la lésion, de préférence à droite si l'anus siège sur la ligne médiane. Un seul aide est en général nécessaire.

Voici en quoi consiste essentiellement l'opération que nous allons décrire : l'orifice cutané et le trajet pariétal sont, dans leur ensemble, isolés et détachés des parties voisines par une incision circulaire qui se poursuit toujours *en tissus sains*, jusqu'à ce que l'on ait isolé l'intestin sur une étendue assez grande pour que la suture en soit facile. Une fois cette suture achevée, l'intestin est rentré dans l'abdomen, et la paroi est reconstituée au devant de lui. Il s'agit en somme d'une véritable cure radicale de l'anus contre-nature.

1^{er} temps. Incision de la peau et fermeture de l'orifice. — L'incision de la peau commence à 3 ou 6 centimètres environ

au dessus de l'anus, qu'elle contourne ensuite latéralement en restant distante d'un centimètre environ de la limite du revêtement muqueux ; elle est prolongée en bas sur une longueur égale à celle de la partie supérieure. De cette première incision s'en détache une deuxième qui achève l'isolement de l'orifice en passant de l'autre côté, également à un centimètre de la muqueuse. En d'autres termes, l'orifice est entouré par incision circulaire, prolongée par deux queues symétriques, lesquelles suivent la direction de la cicatrice ancienne.

Dès que la peau est incisée, il devient possible de boucher l'orifice anal, au moyen de quelques pinces, pinces de Kocher ou petites pinces de Terrier, qui retroussent les deux bords de l'ilot elliptique limité par l'incision et les appliquent étroitement l'un à l'autre. L'isolement de l'anus est assuré encore par une compresse qui entoure le paquet de pinces ; un aide le soulève, et, en l'attirant dans un sens ou dans l'autre, facilite la dissection du trajet.

La région est ensuite protégée par un nouveau champ que l'on fixe au bord de la plaie.

2^e temps. Incision de la paroi et libération de l'intestin.

— L'incision est continuée dans la profondeur, à travers le tissu fibreux de la région, en isolant si possible les plans de la paroi. Le plus souvent, on pénètre accidentellement dans le péritoine, et l'on peut, en partant de ce point, achever aisément la libération de l'intestin sans toutefois s'éloigner de l'anus. D'autres fois, on arrive sur la paroi intestinale sans ouvrir le péritoine : les adhérences plus étendues fixent une plus grande surface d'intestin à la face profonde de la paroi. Il est alors inutile de chercher à ouvrir le péritoine, et l'on peut, en disséquant dans la zone des adhérences, libérer complètement le trajet fistuleux sans toucher à la séreuse. Il est cependant nécessaire de se donner du jour et d'attirer au dehors une longueur d'intestin assez grande pour que la suture puisse être faite sans difficulté. Lorsque les adhérences sont détruites, on amène facilement l'intestin hors de la paroi, tandis que l'on protège le péritoine avec des compresses.

3^e temps. Résection des tissus malades. — On enlève ensuite au bistouri ou aux ciseaux courbes tous les tissus qui forment la fistule, ou le pourtour de l'anus, de manière à obtenir une plaie de l'intestin à bords nets, faciles à suturer. S'il s'agit d'une petite fistule, on l'extirpe en masse à sa base. S'il s'agit d'un anus on enlève la bande de peau et de tissu de cicatrice qui l'entoure, mais on respecte le pont muqueux qui relie les deux orifices et qui fera une excellente amorce pour la suture ultérieure. Ce temps est variable avec chaque cas particulier, et nous ne pouvons insister davantage sur ce point : on enlèvera tout ce qui pourrait empêcher une union solide des deux bouts.

4^e temps. Suture de l'intestin. — Après cette préparation, la suture sera faite comme une suture intestinale ordinaire. Une suture en bourse ou un petit surjet conviennent parfaitement aux fistules ou aux anus de petites dimensions comme l'anus cœcal, d'autant plus que le cœcum a une surface assez grande pour qu'il n'y ait aucun danger de le rétrécir.

S'il s'agit d'un anus contre-nature complet, avec deux bouts d'intestin distincts et séparés par un éperon, la suture sera moins facile. Il faut alors attirer hors de l'abdomen tout le paquet formé par les deux segments d'intestin, en détruisant les adhérences péritonéales. Si l'éperon se déplisse facilement, on le voit s'effacer et disparaître lorsqu'on relève les deux anses et qu'on les met dans le prolongement l'une de l'autre. On abouche alors les deux orifices, en les faisant pivoter autour du pont muqueux qui les relie, comme autour d'une charnière. Il est rare que les deux orifices aient les mêmes dimensions, le bout inférieur étant toujours plus étroit que le bout supérieur. On rétablit l'égalité entre les deux orifices en agrandissant celui du bout inférieur par une incision longitudinale, parallèle à l'axe de l'intestin et suivant son bord libre. On donnera à cette incision la longueur qu'il faudra pour que les deux circonférences soient égales et exactement opposables. L'orifice inférieur, ainsi agrandi, se trouve être dans un plan qui forme avec l'axe de l'intestin un angle très aigu. De telle sorte qu'en appliquant sur lui l'orifice du bout supérieur, les deux bouts d'intestin forment un angle rentrant,

ouvert en avant et dont le sommet correspond à la saillie de l'éperon, maintenant complètement effacée.

On procède alors à la suture : un premier surjet, tiro-musculaire au catgut fin, sera ensuite renforcé par un second plan de suture, séro-séreuse.

Lorsque la solution de continuité de l'intestin est bien refermée, on procède à la toilette de l'anse que l'on rentre ensuite dans le ventre. Si toutes les adhérences péritonéales ont été détruites, il est bon de fixer l'anse au péritoine pariétal par un ou deux points, pour localiser l'infection dans le cas où la suture intestinale viendrait à ne pas tenir.

5^e temps. Fermeture de la paroi. — La paroi est ensuite refermée plan par plan, comme après une laparotomie, ou plus exactement comme pour le traitement d'une éventration. On laisse au contact de l'anse suturée un petit drain profond, pour parer à toute éventualité et on referme le péritoine, les muscles ou aponévroses puis la peau autour de lui. On peut aussi mettre un petit drain sous-cutané dans l'autre extrémité de la plaie, car il faut se rappeler que la peau qui a été pendant longtemps au contact des matières fécales ne peut pas être désinfectée avec certitude.

Pansement comme après toute laparotomie. Si au bout de 48 heures l'état de la plaie le permet, on retire le drain sous-cutané. Le drain profond peut sans inconvénient être laissé en place pendant plusieurs jours.

OBSERVATIONS

Observation 1 (*personnelle, inédite*). — Fistule stercorale d'origine appendiculaire, datant d'un an. Opération, récurrence, guérison. — M... Jeanne, 47 ans, entrée à l'hôpital Cochin, salle Richet, le 19 novembre 1906.

Rien à noter dans ses antécédents, sauf une rougeole bénigne dans l'enfance. Réglée à 11 ans, bien réglée depuis.

En septembre 1906, la malade entre à l'hôpital Pasteur pour une scarlatine assez grave. Bientôt après, elle commence à souffrir de douleurs d'abord très fortes et survenant par crises, occupant dans la fosse iliaque droite un point situé à deux travers de doigts au-dessous du point de Mac Burney. Elle n'a eu ni vomissements ni constipation.

Le 20 novembre 1906, la malade qui souffre déjà depuis environ un mois, est très amaigrie ; sa figure est pâle, les traits tirés, les yeux cernés, la langue sale. Le ventre est très ballonné, douloureux, surtout à droite. La température oscille entre 38° et 39°. On fait le diagnostic de collection purulente de la fosse iliaque droite.

Opération le 25 novembre 1906. M. Pierre Duval incise un volumineux abcès de la fosse iliaque droite, qu'il draine largement. Des matières fécales s'écoulent par la plaie.

Le 17 décembre 1906 une phlébite se déclare à la jambe droite. Il s'écoule toujours du pus et des matières par la plaie.

Le 17 février 1907 on retire le drain.

En avril 1907, la malade va très bien, la fistule ne coule presque plus mais n'est pas fermée. Après trois mois d'immobilisation dans une gouttière, la phlébite ne donne plus lieu à aucun symptôme.

En juillet 1907, la fistule livre toujours passage à des matières fécales : on ne constate aucune amélioration. En août, la malade sort de l'hôpital pour aller à la campagne.

Le 19 novembre 1907, la malade revient à l'hôpital pour qu'on la guérisse de sa fistule. Son état général est excellent, elle a beaucoup engraisé. Mais il sort toujours des matières fécales par sa fistule.

A cette époque, la malade présente une cicatrice longue de 10 centi-

mètres environ, commençant un peu en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure et s'étendant jusqu'au voisinage de l'épine du pubis, à droite. Cette cicatrice paraît déprimée parce qu'elle est entourée par un bourrelet adipeux ; elle est blanc-rosé, linéaire à ses extrémités. A sa partie moyenne, elle s'élargit un peu : c'est là qu'aboutit le trajet fistuleux, dont l'orifice externe, allongé dans le sens de la cicatrice, mesure 18 à 20 millimètres de long sur 8 de large. Cet orifice est un peu exubérant formé d'un groupe de bourgeons charnus, rougeâtres et arrondis. Cet orifice, qui fait ainsi une légère saillie paraît entouré par un petit sillon peu profond, tapissé d'une peau lisse, glabre et un peu pigmentée.

Opération le 5 décembre 1907, par M. le professeur Quénu.

Une incision, faite dans la cicatrice qu'elle suit dans toute sa longueur, contourne l'orifice de la fistule en passant à 8 ou 10 millimètres de lui ; une seconde incision, se détachant symétriquement de la première, achève d'isoler l'orifice. Les bords de l'ilot ainsi formé sont alors relevés et appliqués l'un contre l'autre et maintenus ainsi par une série de petites pinces de Terrier, qui assurent une occlusion parfaite de l'orifice et permettent de récliner le trajet dans tous les sens.

L'incision se poursuit à travers la graisse sous-cutanée, très dense et très vasculaire, qui devient lardacée et scléreuse au voisinage du trajet pariétal. La dissection est particulièrement difficile dans ce tissu cicatriciel, surtout épais au point où la suppuration ancienne a duré le plus longtemps. L'aponévrose du grand oblique est découverte dans la partie externe de l'incision, dégagée ensuite en partant de ce point, et soigneusement repérée. Au-dessous de ce plan fibreux, on dégage les muscles petit oblique et transverse auxquels le trajet fistuleux adhère fortement. On arrive enfin dans la zone des adhérences qui entourent la fistule.

Le trajet fistuleux ainsi dégagé est ensuite entouré de compresses qui l'isolent des plans voisins, et énergiquement cautérisé au moyen de la pointe fine du thermo-cautère introduite dans sa cavité. Les bourgeons charnus ainsi stérilisés sont enlevés à la curette. Puis la fistule est sectionnée à sa base et réséquée. Les bords de la plaie ainsi produite dans la paroi cœcale, sont immédiatement fixés et repérés par des pinces, qui ne touchent pas à la muqueuse.

La paroi cœcale est ensuite refermée par une série de points séparés au catgut fin, points non perforants, n'intéressant pas la muqueuse. Par dessus ce plan séro-musculaire, quelques points séparés, séro-séreux, viennent renforcer le précédent.

Un petit drain est alors mis au contact de la suture intestinale, puis la paroi est refermée par trois plans : musculaire, aponévrotique et cutané. Quelques points sous-cutanés, au catgut, assurent la fermeture de la masse adipeuse.

Pendant les trois jours qui suivent l'opération, l'état général de la malade reste très bon, mais le quatrième jour survient une débâcle diarrhéique, la malade n'ayant pas été très bien préparée. La température monte à 38°, la malade ressent quelques douleurs locales, et on voit s'écouler par le drain un liquide roussâtre, avec une certaine quantité de matières.

L'écoulement continue les jours suivants, mais diminue peu à peu. La plaie est pansée quatre fois par jour.

Le 10 janvier 1908, la fistule est à moitié refermée. Parfois la malade ressent dans le côté droit une douleur sourde qui se termine par l'émission d'un gaz à travers la fistule.

Le 20 janvier, la fistule est presque tarie.

Le 1^{er} février, la fistule est complètement refermée.

La malade sort de l'hôpital le 12 février.

Revue le 15 avril 1908, la malade se plaint que sa fistule se soit ouverte à nouveau le 1^{er} avril. Pendant 8 jours, il est sorti un peu de matières fécales.

Le 15 avril, on voit au milieu de la cicatrice un bourgeon charnu volumineux au centre duquel s'ouvre une fistule par où s'écoule un peu de pus. Il n'y a plus de matières depuis quelques jours. Le trajet est cautérisé au nitrate d'argent.

Observation 2 (*personnelle, inédite*). — Fermeture d'anūs cœcal. Traitement d'un anus médian sous-ombilical. — M. P., 52 ans. Malade vu pour la première fois par M. Quénu en octobre 1906 : il était alors au douzième jour d'une occlusion intestinale causée par un néoplasme du colon descendant, et soignée par des applications locales de pommade au collargol. M. Quénu lui fait un anus cœcal, par où s'écoulent toutes les matières fécales. Le malade guérit de son occlusion intestinale, et son état général s'améliore en quelques semaines.

Au mois de décembre 1906, l'anse malade (anse sigmoïde) est extériorisée par une laparotomie médiane et réséquée sur une assez grande étendue, avec son méso. Les deux bouts d'intestin, supérieur et inférieur sont suturés à la peau, et fixés l'un à l'autre. Le malade est alors porteur d'un anus cœcal et d'un anus médian sous-ombilical ; bientôt après, les matières cessent de sortir par l'anūs cœcal et sont rejetées par l'anūs médian.

Au mois de juillet 1907, *fermeture de l'anūs cœcal*. L'anūs médian fonctionne très bien ; le malade peut reprendre ses occupations.

Au mois d'octobre 1907, le malade revient voir M. Quénu, qui explore avec le doigt les deux bouts de l'intestin, sans y rien constater d'anormal.

Le 21 décembre 1907, le malade est revu de nouveau. C'est un homme d'apparence robuste, doué d'un embonpoint remarquable. A

l'abdomen notamment, il porte une couche de graisse ayant au moins cinq centimètres d'épaisseur.

A l'examen du ventre, on voit dans la fosse iliaque droite une cicatrice linéaire, oblique en bas et en dedans, parfaitement solide, résultant de la réparation de l'anus cœcal ancien. Sur la ligne médiane, une autre cicatrice s'étend de l'ombilic au pubis ; au tiers supérieur de cette cicatrice, s'ouvre l'anus contre-nature, offrant l'aspect d'une surface muqueuse lisse, rouge vif, à peu près régulièrement circulaire, ayant un diamètre de 4 centimètres environ, faisant une légère saillie sur la peau environnante. L'union de la muqueuse et de la peau se fait suivant une ligne de démarcation nette et régulière. On voit sans peine les orifices des deux bouts d'intestin, le bout supérieur étant plus grand, plus étalé, que le bout inférieur qui est aplati et reporté un peu à droite.

En explorant avec le doigt le bout supérieur de l'intestin, on ne sent rien d'anormal ; dans le bout inférieur, on sent à deux centimètres environ de l'orifice, un noyau dur, ayant à peu près la forme et le volume d'un haricot, et donnant, lorsqu'on le pince entre deux doigts, la sensation d'un corps étranger inclus dans la paroi intestinale. Cette masse est située près du mésocolon, presque dans l'éperon. Elle paraît très limitée, et ne semble pas se prolonger dans le bout inférieur. Il s'agit donc là d'une récidive locale, survenue un an après l'extirpation du cancer primitif.

Opération le 28 décembre 1907. Opérateur M. Quénu ; aides MM. Küss et Francoz.

Incision cutanée dans la cicatrice ancienne, allant de l'ombilic à la symphyse, et circonscrivant l'anus en passant, de chaque côté, à 1 centimètre environ du bord de la muqueuse. Aussitôt libéré, l'anus est fermé par une série de pinces qui appliquent l'un contre l'autre les deux bords de l'incision. Le paquet de pinces est confié à un aide qui les attire en haut et les écarte suivant les besoins de la dissection.

Puis, le bistouri plonge dans la masse adipeuse sous-cutanée, dense et vasculaire, à la recherche de l'aponévrose du grand oblique, difficile à isoler au milieu du tissu de cicatrice de la région. Ce plan fibreux est ouvert en plusieurs endroits, et, en même temps que lui, le péritoine pariétal qui lui adhère étroitement en réunissant ces incisions circulairement, on arrive à isoler le paquet formé par les deux bouts d'intestin, que l'on attire ensuite hors du ventre.

On constate à ce moment que la récidive cancéreuse est en réalité plus étendue qu'on l'avait cru tout d'abord. Elle s'étend en bas dans la paroi du bout inférieur, et il existe dans le méso un petit ganglion, gros comme un pois, qui, à la coupe, paraît atteint. Il n'est pas possible de suturer un intestin aussi malade, et il est préférable dans ces conditions,

de réséquer le siège de la récive, et de rétablir un nouvel anus contre nature.

Le péritoine est alors refermé par une suture au catgut qui, au niveau du paquet intestinal, unit le péritoine pariétal au péritoine viscéral. Les deux bouts d'intestin sont alors réséqués : le bout supérieur sur une longueur de 8 à 9 centimètres, le bout inférieur sur une longueur de 4 à 5 centimètres seulement. Il est en effet rattaché à la paroi postérieure par un méso court, et d'autre part, il plonge immédiatement dans le petit bassin : il est impossible d'en réséquer davantage.

Les deux bouts d'intestin sont alors unis l'un à l'autre par une suture au catgut, au niveau où leurs parois entrent en contact, de manière à constituer un pont muqueux qui les relie. On parvient à unir la moitié environ de la circonférence de chaque bout à celle de l'autre bout, préparant ainsi l'abouchement ultérieur du bout supérieur dans le bout inférieur.

Puis les bords de l'ouverture ainsi délimitée sont suturés à la paroi (le péritoine ayant déjà été refermé précédemment, ainsi que nous l'avons exposé plus haut). Mais, étant donnée l'épaisseur de la couche adipeuse de la paroi, l'abouchement à la peau est impossible. La suture est faite entre l'intestin et le bord interne du muscle grand droit. La peau est ensuite réclinée en dedans et en arrière, et suturée elle aussi au muscle grand droit, aussi près que possible du pourtour de l'anus. L'anus s'ouvre ainsi au fond d'une dépression infundibuliforme présentant une surface cruentée minime.

Suites opératoires bonnes. Les matières continuent à couler par le nouvel anus contre nature.

Observation 3 (due à l'obligeance de mon collègue et ami, M. G. Küss, *inédite*). — Fermeture d'anus sigmoïde médian sous-ombilical. — Malade ayant déjà subi un anus cœcal, l'extériorisation de l'anse sigmoïde, l'abrasion de l'anse extériorisée (pour petit néoplasme), la fermeture de son anus cœcal. Le 3 décembre 1907, M. Quénu s'apprête à faire l'opération terminale : la fermeture de l'anus sous-ombilical résultant de l'abrasion de l'anse sigmoïde.

Opération en ville, mardi 3 décembre 1907.

Chloroformisation avec le Roth, M. Landel, 33 grammes de chloroforme. Bonne anesthésie.

Durée de l'opération. 1 heure 1/2.

Opérateur : M. Quénu aidé par M. Küss.

Examen. — L'anus est médian, sous-ombilical, à égale distance de l'ombilic et de la symphyse, en parfait état. La peau qui l'entoure est absolument saine. L'anus est plat, il n'y a aucune saillie ou prolapsus appréciable de l'intestin.

Le bout supérieur s'ouvre largement au dehors à l'angle supérieur du champ anal : le bout inférieur est très rétréci, son ouverture laisse à peine passer une sonde cannelée : elle est *sténosée*. Entre ces deux ouvertures s'étend un champ de muqueuse parfaitement saine, de belle coloration rosé foncée.

M. Quénu fait une incision elliptique avec queues supérieure et inférieure, circonscrivant strictement l'anus et empiétant un peu sur les parties fibreuses péri-anales, c'est à-dire empiétant un peu vers la peau.

La dissection se poursuit dans la profondeur, à travers la paroi. En libérant, dans cette paroi, le bout supérieur qui est *excessivement mince*, à un centimètre environ de son ouverture terminale, le bistouri tombe dans la lumière intestinale. Cette ouverture accidentelle est immédiatement réunie à l'ouverture anale par un coup de ciseaux qui fait sauter le pont.

Le péritoine est ouvert avec précaution et l'intestin est libéré à son pourtour. Cette dissection est assez difficile, au milieu du tissu fibreux de cicatrice, mais est menée à bien. L'on opère à peu près comme s'il s'agissait d'une hernie ombilicale.

A ce moment : le champ anal est absolument libéré, il est repéré avec des pinces, légèrement attiré en l'air et entouré de compresses qui l'isolent de la cavité péritonéale *dans laquelle on n'a pas pénétré*. M. Quénu se met en devoir de fermer l'anus. Il dissèque d'abord minutieusement et enlève la sorte de 8 de chiffre fibreux qui enserre les deux bouts supérieur et inférieur, de façon à n'avoir à faire qu'à des parties saines, souples et autant que faire se peut, rien qu'aux parois intestinales.

Pour rétablir l'égalité dans l'ouverture des deux bouts, une incision de 3 centimètres environ part de l'orifice stercoré du bout inférieur sur la face antérieure de l'intestin et agrandit d'autant son ouverture supérieure.

Les deux bouts attirés au contact se correspondent bien ; leur ouverture est d'un diamètre sensiblement égal.

L'éperon, solide, supporté par des masses fibreuses (mésosigmoïde) fait une saillie en avant qui gêne beaucoup et qui semble diminuer la lumière intestinale. Cette saillie, *ce ballonnement* deviendra, l'intestin refermé, une concavité, une dilatation qui accroîtra d'autant la lumière intestinale après fermeture de l'anus.

Malgré la gêne très grande apportée aux manœuvres opératoires par cette boursoufflure de l'éperon, gêne très réelle, l'opération est menée de la façon suivante :

Après l'incision d'agrandissement du bout inférieur et repérage des deux bouts avec des pinces, on voit que l'éperon n'occupe plus la moitié

postérieure de la circonférence intestinale, mais seulement une partie de cette circonférence postérieure. M. Quénu complète tout d'abord cette demi circonférence postérieure en faisant une suture en surjet avec du catgut fin de part et d'autre du pont de l'éperon, sur une longueur d'environ 1 cm. $1/2$, suture n'intéressant pas, autant que faire se peut, la muqueuse intestinale.

Cette suture des deux bouts, de part et d'autre de l'éperon et sur cette longueur, a pour effet, de rétablir l'égalité entre la demi-circonférence postérieure et la demi circonférence antérieure de l'intestin.

Les deux bouts sont alors réunis sur leur demi circonférence antérieure par une nouvelle suture en surjet comprenant toute la paroi (excepté la muqueuse autant qu'il est possible), suture au catgut fin qui part de la terminaison d'une suture commissurale et qui va aboutir à l'autre suture commissurale.

Un nouveau surjet plus superficiel au catgut, comprenant les parties superficielles de la paroi intestinale et la séreuse est mené d'un bord de l'éperon à l'autre bord de cet éperon.

Un dernier surjet séro-séreux au fil fin peut être très correctement effectué ; il enfouit toute la région péri-anales dont la séreuse était un peu rugueuse, saignante et complète l'opération.

L'intestin est réduit ; quelques fils le suspendent à la paroi et le fixent en situation rétro-pariétale pour parer à des accidents possibles.

Un drain plonge dans le péritoine à l'angle inférieur de la plaie.

Fermeture de la paroi en 3 plans ; petit drain sous la peau dans la région occupée précédemment par l'anus.

Pansement.

48 heures après, le malade va très bien, et a rendu du gaz par l'anus. Aucun accident du côté de la plaie. Le drain sous-cutané est enlevé.

Le 12 décembre, le malade va à la selle spontanément par l'anus. Rien n'a passé par la plaie.

Le 16 décembre, la plaie est parfaitement fermée, en très bonne voie de cicatrisation. Il ne reste plus que l'emplacement du drain.

Observation 4 (in th. de Nicolas, Paris 1900. Observations prises dans le service de M. le Professeur Quénu) (*résumée*). — Extirpation du rectum cancéreux par la voie périnéale ; anus préliminaire ; fermeture.

R..., 56 ans, entre en décembre 1896 pour un cancer de la paroi antérieure du rectum, siégeant à 3 centimètres de l'orifice anal, adhérent fortement à la prostate.

Le 12 janvier 1897, anus iliaque préliminaire. Le 19 janvier, extirpation du rectum et établissement d'un anus coccygien. Le 7 mai 1897

fermeture de l'anus préliminaire. Suites opératoires satisfaisantes, le 15 les fils sont enlevés, le 17, le malade quitte l'hôpital.

Observation 5 (*ibid.*) (*résumée*). — H..., 45 ans, entre le 14 décembre 1897 pour un cancer de l'ampoule rectale. Anus iliaque le 29 décembre. Extirpation du rectum le 14 janvier 1898. Fermeture de l'anus iliaque le 11 juin. Le 19 on enlève les fils, le malade sort le 30 juin 1898.

Observation 6 (*ibid.*) (*résumée*). — L..., 57 ans. Cancer siégeant sur la partie gauche de l'ampoule rectale et de la région sphinctérienne, sans adhérences. Anus préliminaire le 8 décembre 1897. Le 24 décembre, extirpation du rectum ; anus périnéal.

Le 8 juillet 1898, fermeture de l'anus iliaque. Le 10, on enlève le drain ; le malade sort guéri le 24 juillet.

Observation 7 (*ibid.*) (*résumée*). — R., 54 ans. Cancer de la paroi postérieure de l'ampoule rectale. Anus iliaque préliminaire le 10 février 1898. Extirpation du rectum le 15 février. Le 20 juillet, fermeture de l'anus iliaque. Suites opératoires excellentes. Le malade sort guéri le 3 août 1898.

Observation 8 (*ibid.*) (*résumée*). — Léonie Ch., 63 ans. Cancer ayant envahi toute la circonférence de l'ampoule rectale. Anus iliaque préliminaire le 21 janvier 1899. Extirpation du cancer le 9 février 1899. Fermeture de l'anus iliaque le 17 juillet. Guérison sans incidents. Le malade sort le 23 août.

Observation 10 (*ibid.*) (*résumée*). — C..., 52 ans. Cancer de la paroi postérieure de l'ampoule rectale. Anus préliminaire le 7 mars 1899. Amputation du rectum le 24 mars. Fermeture de l'anus iliaque le 28 juillet 1899. Constipation difficile à obtenir, le malade allant souvent à la selle en diarrhée. On ne met pas de drain dans l'angle inférieur de l'incision.

Le 29 juillet la température monte à 37°7 ; on défait le pansement, on coupe le fil le plus bas. Il s'écoule du liquide noirâtre sans odeur. On met un drain dans la plaie ; le lendemain la température est à 37°. Le drain est enlevé le 3 août. Guérison le 22 août 1899.

Observation 10 (*ibid.*) (*résumée*). — Baptiste P., 66 ans. Cancer annulaire à deux centimètres au-dessus de l'anus. Anus iliaque le 15 avril 1897. Le 25 avril extirpation du rectum cancéreux. Le 7 octobre 1899, fermeture de l'anus iliaque. Le 12 octobre, la température atteint 38°1. Les fils cutanés sont enlevés, la plaie est rouge et baignée de matières fécales diarrhéiques : le malade, mal constipé a eu une débâcle qui est sortie aussi par l'anus périnéo-coccygien. Pansement humide de la plaie.

La diarrhée continue à souiller la plaie pendant quelques jours. Il se

forme une petite fistule par où les matières s'écoulent en partie. Le 27, il ne coule plus que quelques mucosités intestinales, la totalité des matières s'évacue par le bas. La plaie est comblée, un liseré épidermique s'étend. Guérison complète en décembre 1899.

CONCLUSIONS

1^o La guérison d'un anus contre-nature ou d'une fistule stercorale ne peut être obtenue avec certitude que par l'oblitération de l'orifice intestinal, suivie de la restauration de la paroi. Une méthode de traitement ne peut être considérée comme bonne que si elle remplit ces deux conditions.

2^o L'entérotomie est une méthode d'une application facile, mais elle est toujours longue et douloureuse, et elle n'est pas exempte de dangers ; elle donne des résultats incertains et variables quant au rétablissement du cours normal des matières, et elle laisse, au moins pendant un certain temps, persister l'orifice pariétal. Ces diverses raisons font comprendre que l'on tende de plus en plus, actuellement, à l'abandonner.

3^o Les méthodes extra-péritonéales sont rarement dangereuses, mais souvent insuffisantes ; et même celles qui méritent d'être retenues ne peuvent convenir qu'à certaines fistules stercorales de petites dimensions.

4^o L'entéro-anastomose assure le rétablissement du cours normal des matières, mais elle nécessite une deuxième intervention pour oblitérer la fistule, à laquelle elle ne touche pas.

5^o L'entérectomie, avec résection de l'anse malade et suture immédiate, bout à bout, des deux segments, afférent et efférent, est une opération excellente ; mais, en raison de la difficulté de son exécution et de sa mortalité relativement élevée, elle doit être réservée à certains cas particuliers :

6^o Grâce à sa technique perfectionnée, l'entérorraphie latérale permet d'oblitérer, en une seule opération, l'orifice intestinal et l'orifice pariétal. La libération de l'anse extériorisée, et la fer-

meture de la fistule ou de l'anus contre-nature, se font hors du ventre ; parfois le péritoine est à peine ouvert, ou même il ne l'est nullement. Il peut être toutefois nécessaire, pour la libération de l'anse, de se servir d'une ouverture accidentelle ou voulue du péritoine.

Il ne reste plus alors qu'à réduire l'anse suturée en dedans des plans fibreux, et à suturer ceux-ci en avant d'elle, en laissant contre la suture intestinale un petit drain de sûreté.

VU :

Le Président de la thèse,
QUÉNU.

VU :

Le Doyen,
D. LANDOUZY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
Pour le Vice-Recteur,
l'Inspecteur de l'Académie,
A. CAHEN.

BIBLIOGRAPHIE (1)

- ADAM. — Hernie ing. gangrenée. Anus contre-nat. Entérorraphie. Guérison (*Gaz. Hôp.*, 19 févr. 1895).
- AERTZ. — Du trait. chirurgical de l'anús contre-nat. (*Th. Nancy*, 1904).
- ANDERSON. — Operative treatment of fecal fistulae. *Britihs med. Journ.* Juillet 1892.
- *Medical Record*. Juin 1896.
- ANDRÉ. — Traitement des anus contre-nature. *Bull. méd.* 6 avril 1904.
- BARKER. — On enterectomy, contrasted with artificial anus. *Brit. Med. Journ.* 1902. I, p. 1595.
- BARETTE. — Trois cas d'entérorraphie circulaire pour guérir un anus contre-nature (*Bull. Soc. chir.* Déc. 1896).
- BÉGOUIN. — *Gaz. hebdm. de Bordeaux*, 1902, 23, p. 525.
- BÉRARD. — *Bull. Soc. chir. de Lyon*. 1902. V, 22.
- BERGER. — Cure d'anús contre-nat. par l'entérorraphie (*Bull. Soc. chir.* 24 février 1892).
- BERGMANN. — Zur Behandlung des widernatürlichen Afters. *Deutsch. med. Woch.* 1883, t. IX, p. 1.
- BLIN. — Les fistules pyo-stercorales. *Th. Paris*, 1879.
- BOECKEL (J.). — Entérorraphie pour un anus contre nat. consécutif à une hernie étranglée. *Bull. Soc. chir.* 30 avril 1890.
- BOIFFIN. — Fistule stercorale, suture partielle ; résection, entérorraphie. *Soc. chir.* 22 avril 1891.
- BRAUN. — Ueber die Behandlung der Kothfistel und des widernatürlichen Afters. 23^e congrès All. 1897.
- *Arch. fur Klin. Chir.*, 1896, t. LIII, p. 401.
- BUCH. — *The Lancet*, avril 1895.
- CHAPUT. — Nouvelles méthodes personnelle pour la cure des anus con-

1. On trouvera dans la thèse de Goetz (Genève, 1890) une bibliographie extrêmement complète, que nous avons jugé inutile de reproduire ici. Nous ne mentionnerons ici, parmi les auteurs antérieurs à 1890, que ceux que nous avons cités ou consultés.

- tre-nat. et des fistules stercorales. *Arch. Gén. de méd.* 1890. Congr. de Berlin, 4-9 août 1890.
- Description d'un nouvel entérotome. *Soc. chir.* 1891, p. 453.
- Trait. de l'anüs contre-nat. 35 observ. *Soc. chir.* 1894, p. 480. *Arch. gén. de Méd.*, 1894, t. II, p. 306 et 402.
- Etude histol. et expérim. de la section de l'éperon. *Arch. gén. de Méd.* 1896.
- CHÉNIEUX. — Anus contre-nat. datant de trois ans. *Limousin méd.* 1904.
- CLAIRMONT. — Trait. de fist. stercorales et des anus contre-nature. *Archiv. f. Klin. Chir.* 1901, vol. 63, p. 670.
- COLLEY. — *Guy's Hosp. report.* n° 48. 1892.
- COLLIER. — Case of artif. anus cured by an operation on the principle of Cagliacozzi. *London méd. and physical Journ* 1820. Vol. XLIII, p. 466.
- DELORE et PATEL. — Du traitement de l'anüs contre-nat. (entérectomie avec réunion des deux bouts à l'aide du bouton de Murphy). *Revue chirur.* mai-juin 1901.
- De l'exclusion unilat. dans les fistules rebelles de l'intestin. *Rev. chir.* mars 1901.
- DONNET. — Deux cas d'anüs contre nat. Cure par le procédé de Jeannel. Guérison. *Limousin méd.* 1901.
- DOURIEZ. — Anus herniaire datant de 37 mois. *Echo méd. du Nord*, 13 avril 1902.
- DOYEN. — *Arch. provinc. de chir.*, 1892.
- DUPUYTREN. — Mém. sur une méthode nouvelle pour traiter les anus accidentels. *Mém. Acad. méd.*, 1828, t. I, p. 259.
- DURAND. — *Arch. prov. de chir.*, 1895.
- ERVIN PAYR. — Beiträge zur Frage der totalen Darmanschaltung. *Weiner klin. Wochenschrift.* 1900, n. 31, p. 707.
- FAURE (J. L.). — A propos du trait. de l'anüs contre-nat. *Soc. chir.*, 17 juin 1903.
- FÉVRIER. — Laparotomie et entérorraphie latérale pour un anus iliaque. *Soc. chir.*, 1894, p. 745.
- FORGUE. — Anus contre-nat. sur le cœcum. traité par la résect. de l'intest. Bouton de Murphy, Mort. *Soc. chir.*, 24 juillet 1895.
- GANGOLPHE. — De l'incision périton. d'emblée dans la cure radicale de l'anüs contre-nat. *Rev. chir.*, avril 1896, p. 295. *Soc. chir. de Lyon*, nov.-décembre 1898.
- GÉRAUD. — De quelques complic. de l'anüs contre-nat. et de leur traitement. *Rev. chir.*, août 1903, p. 190.

- GOETZ. — Etude sur les divers modes de traitement de l'anus contre-nature. *Th. Genève*, 1890.
- GUINDA. — Anus contre-nat. Entérorraphie. Bouton de Murphy. *Soc. chir.*, 1897, p. 48.
- GUINARD. — *In traité de chir. Le Dentu Delbet.*
- GUYON. — Art. Anus contre-nat. *Dictionn. Dechambre.*
- HARTMANN et GOSSET. — *Traité chir. Duplay Reclus*. t. VI, p. 894.
- JEANNEL. — *Chirurgie de l'Intestin*, 1906.
- JEANNIN. — De l'entérorraphie circulaire appliquée au trait. de l'anus contre-nat. d'orig. hern. *Th. Lyon*, 1894.
- JONNESCO. — *Soc. chir. de Bucarest*, 1902. V. 85.
- KIRMISSON. — *Gaz. hôp.*, 1888, p. 841.
- KOCH. — Anus contre-nat. Guéri par la dissection circulaire de l'intestin. *Munch. med. Woch.*, 1891, p. 484.
- LAMAS. — Sobre un caso de ano contra-natura. *Rev. med. d'Uruguay*. Montevideo, 1903, VI, p. 87-89.
- LA PEYRONIE. — *Mém. de l'Acad. Roy. de chir.*, t. I, 1743.
- DE LARABRIE. — Phlegm. de la paroi abdom. Fistule intestin. Entérotomie. *Soc. chir.*, 13 janvier 1892, p. 46.
- LE DENTU. — Trait. des fistules sterc. et de l'anus contre-nat. Entérorraph. lat. et entéro-anatom. 9^e Congr. chir. Parls, 1895, p. 224.
- LEEDHAM GREEN. — Intestinal anastomosis. *Brit. med. Journ.*, 1904, II, p. 1637.
- LEJARS. — Congr. chir. 1894. *Soc. chir.* 1895. Cure opérat. de l'anus contre-nat. *Bull. méd.* 1896, p. 51.
- LIOTARD. — Dissert. sur le trait. des anus contre-nat. *Th. Paris*, 1819.
- LISSIAISKY. — Exclusion de l'intest. pour anus contre-nat. *Khirurgia*, 1903, XIV.
- MAUCLAIRE. — *Congrès chir.* 1894.
- MONOD et VANVERTS. — *Traité de technique opératoire*, t. II, p. 246.
- MORTEGOUTTE. — *Limousin médic.* mars 1904.
- MOULONGUET. — Trait. de l'anus contre-nat. 14^e Congrès de Médecine. Madrid. 1903.
- NICOLAS. — *Thèse Paris*, 1900.
- OLLIER. — Trait. de l'anus eontre-nat. par l'entérorraphie circulaire. *Th. Montpellier*, 1896.
- PAUCHET. — Cure des fistules sterc. par abouchement dans l'intestin. *Soc. chir.* 1900. — *Rev. de Gynécol.* 1900, p. 1079. — *Id.* 1902, VI, p. 623. — *Nord médical*, 1^{er} et 15 mars 1904.
- PHILIPPE. — Trait. de l'anus contre-nat. Procédés de Chaput. *Th. Paris*, 1890.

- PINATELLE. — Obstruct. intest. post typhique. Anus contre-nat. Entérorr.
— *Lyon méd.* 11 nov. 1900, p. 964.
- POLOSSON. — Trait. de l'anus contre-nat. et des fistules stercorales.
Th. agrég. Paris, 1883.
- POZZI. — Fistule stercor. Entérorraphie. Guérison. *Soc. chir.* 27 juillet
1892, p. 573.
- PRIANICHKOFF. — Trait. des anus contre-nat. par exclusion de l'intes-
tin. *Khirurgia*, 1903.
- RAYE (de Vilvorde). — Guérison d'un anus anorm. par un nouveau
procédé opératoire. *Soc. méd. de Gand*, 1838.
- REWES. — Abnormal anus and intest. fistulæ. *Lancet*, 16 mai 1896,
p. 1099.
- REGAD. — Entérorraphie avec incision périton. d'emblée, et méthode de
Murphy. *Th. Lyon*, 1895.
- REUTERSKIÖLD. — *Till operations tekniken for anus praeternaturalis
Hygica*. Stockholm, 1905.
- REYBARD. — Mém. sur la cure des anus contre-nat. par l'incision des
parois adossées des bouts d'intestin. *Gaz. méd. de Paris*, 1838.
- RICHARDSON. — *Boston Med. Journ.*, 13 mars 1892.
- RICHELOT. — Section extemporanée de l'éperon dans la cure radicale
de l'anus contre-nat. *Soc. chir.*, 1889.
- RORIG. — Ueber die Heilung des anus praeternat. *Inaug. dissert. Halle*,
1897.
- ROUX (de Lausanne). — Les anastomoses intestinales et gastro-intest.
Rev. de Gynécol. et de chir. abdom., 1900, n° 5.
- SACHS. — Sur le trait. des fistules stercorales. *Allg. med. Centr. Zeit.*,
2 avril 1904.
- SENN. — Etiol., pathog., traitement de la fistule intest. et de l'anus
contre-nat. *Amer. Journ. of Obstetrics*, 1894, p. 321.
- SIKORA. — De l'entéro-anast. latérale dans le trait. des fist. sterc. et de
l'anus artificiel. *Th. Paris*, 1902.
- STIERLIN. — Anus praeternat. *Cor. Pol. f. Schweiz Aertze*. Basel, 1904.
- THIRIAR. — Trait. de l'anus contre-nat. par l'entérectomie. *Gaz. Hôp.*,
22 nov. 1890.
- TOUCHE. — De l'emploi du bouton de Murphy dans le trait. de l'anus con-
tre-nat. *Th. Paris*, 1896.
- TRÉLAT. — Des fist. pyo-stercorales. Un cas de guérison par l'entéror-
raphie. *Soc. chir.* 25 juillet 1898.
- VALLAS. — Cure rad. d'un anus contre-nat. par l'entérectomie. *Soc. des
Sc. méd. Lyon*, 8 mars 1899.
- VANVERTS. — *Soc. chir.* 1903.

VIGNARD. — Cure rad. d'un anus contre-nat. *Soc. des Sc. méd. Lyon*, septembre 1899.

ZANCAROL. — Deux observ. d'anús contre-nat. Opération. Guérison. *Soc. chir.* 1894, p 690.

